

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

97

Année 1886

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 16 janvier 1886, à 1 heure

Par FÉLIX RIBAIL,

Ancien interne en médecine et chirurgie des Hôpitaux de Paris,

(Médaille de Bronze),

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'INSUFFISANCE RÉNALE

DES FORMES CLINIQUES DE L'URÉMIE CHRONIQUE

Président : M. le professeur Bouchard,

Juges : MM. { Peter, professeur,
Debove, agrégé.
Raymond, agrégé,

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

LE MANS

IMPRIMERIE ALBERT DROUIN

5, RUE DU PORC-ÉPIC, 5

1886

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M.	BÉCLARD.
Professeurs	MM.	SAPPEY.
Anatomie.....		BÉCLARD.
Physiologie.....		GAVARRET.
Physique médicale.....		GAUTIER.
Chimie organique et chimie minérale.....		BAILLON.
Histoire naturelle médicale.....		BOUCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		PETER.
Pathologie médicale.....		DAMASCHINO.
		GUYON.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		DUPLAY.
Pharmacologie.....		REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....		HAYEM.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.....		TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		VULPIAN.
		SEE (G.)
Clinique médicale.....		HARDY.
		POTAIN.
		JACCOUD.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		BAILL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies syphilitiques.....		CHARCOT.
Clinique des maladies nerveuses.....		RICHEL.
		VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....		TRELAT.
		LE FORT.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		PAJOT.

DOYEN HONORAIRE : M. VULPIAN.

Professeurs honoraires

MM. GOSSELIN, BOUCHARDAT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BLANCHARD.	GUÉBHARD.	LANDOUZY.	REYNIER.
BOUILLY.	HALLOPEAU.	PEYROT.	RIBEMONT-DREGE.
BUDIN.	HANOT.	PINARD.	RICHELOT.
CAMPENON.	HANRIOT.	POUCHET.	C. RICHEL.
CHARPENTIER.	HUMBERT.	QUINQUAUD.	A. ROBIN.
DEBOVE.	HUTINEL.	RAYMOND.	SEGOND.
FARABEUF, chef	JOFFROY.	RECLUS.	STRAUS.
des travaux anatom.	KIRMISSON.	REMY.	TERRILLON.
GABRIEL.	LUTZ.	RENDU.	TROISIER.

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550201_0013

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE
L'INSUFFISANCE RÉNALE
DES FORMES CLINIQUES DE L'URÉMIE CHRONIQUE

Dans le courant de l'année que nous venons de passer dans le service de notre excellent maître M. Dieulafoy, nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs malades atteints d'urémie chronique. En recherchant dans les auteurs ce qui avait été publié sur ce sujet, nous avons été frappés de ce qu'aucun travail récent n'avait été fait, réunissant tout ce que l'on en connaît.

Nous nous proposons d'étudier ici les diverses formes cliniques que peut présenter l'urémie chronique. Nous profitons avec plaisir de cette occasion pour remercier nos maîtres, dans les hôpitaux, des bonnes leçons qu'ils nous ont données et de la bienveillance qu'ils nous ont témoignée pendant toute la durée de nos études médicales.

Nous devons d'abord dire ce que nous entendons par ce mot « urémie ».

Le mot en lui-même, consacré par l'usage veut dire : intoxication du sang par l'urée. Il a été créé à une époque où on pensait expliquer tous les phénomènes par la rétention de ce corps dans le sang. Depuis, les

expérimentateurs ont démontré que l'urée seule, même en assez grande quantité., dans le sang, ne pouvait produire les phénomènes connus sous le nom de phénomènes urémiques.

Sans vouloir entrer dans la discussion encore régnante, nous signalerons rapidement les diverses théories qui ont été émises à ce sujet, puis nous aborderons l'étude de l'étiologie de l'urémie, et enfin le principal objet de ce mémoire, nous voulons dire l'étude des formes cliniques que peut affecter l'intoxication chronique connue sous le nom d'urémie.

THÉORIES DE L'URÉMIE. — Nous ne voulons que signaler rapidement les diverses opinions qui ont été émises à ce sujet :

La première en date est celle qui fait jouer le principal rôle et même un rôle exclusif à la rétention de l'urée dans le sang, mais les expériences récentes de MM. Grehant et Quinquaud, pour ne parler que de celles-là, ont démontré que les injections d'urée dans le sang des chiens ne produisaient des phénomènes analogues à ceux de l'urémie qu'autant que la dose d'urée injectée était énorme et proportionnellement au poids du corps infiniment supérieure à celle qu'on a trouvée dans le sang de l'homme urémique.

Frerichs incrimine le carbonate d'ammoniaque produit de transformation de l'urée. On a opposé à cette théorie l'existence normale du carbonate dans le sang, et de plus la non-similitude des accidents qui se produisent lorsqu'on injecte du carbonate d'ammoniaque dans le sang ; il faudrait aussi la présence d'une torulacée dans ce liquide pour opérer la transformation, or cette

torulacée n'a jamais été constatée (1). D'autres théories se basent sur l'existence de lésions anatomiques que l'on a trouvées dans certains cas.

DU CÔTÉ DU CERVEAU. — L'œdème cérébral qui d'après Traube donnerait naissance aux phénomènes nerveux de l'urémie ne peut s'appliquer à tous les cas, parce qu'il n'est pas constant, de plus il ne peut expliquer les manifestations non nerveuses, les phénomènes pulmonaires par exemple. Ceci ne veut pas dire que dans certains cas l'œdème cérébral ne joue pas un certain rôle dans les formes comateuses par exemple ou lorsqu'il existe des paralysies localisées comme l'ont montré d'abord M. Raymond et dernièrement M. Eug. Bernard dans sa thèse inaugurale.

L'anémie et la congestion cérébrales ont été aussi mises en cause, sans preuve suffisante d'abord parce qu'on ne les retrouve pas dans tous les cas, et ensuite parce que l'anémie ou la congestion peuvent très bien exister sans donner lieu aux phénomènes en question.

Nous en arrivons à la théorie la plus récente et qui nous paraît aussi la plus probable, nous voulons parler de l'insuffisance rénale, amenant l'accumulation dans le sang des produits de désassimilation qui devraient être éliminés par l'urine, produits de désassimilation encore imparfaitement connus et parmi lesquels il faut ranger non-seulement l'urée, mais aussi certains alcaloïdes analogues sinon identiques aux ptomaïnes produits par la putréfaction.

Des expériences entreprises par M. Bouchard il résulte

(1) Art. urémie du dict. Jaccoud.

que le rôle de ces alcaloïdes est très minime. D'après cet auteur on devrait placer en première ligne les sels de potasse (opinion déjà émise par Fitz et Ritter) auxquels il faut ajouter les dérivés des matières colorantes de la bile ; pour lui l'urée jouerait un rôle tout à fait secondaire (1).

Il semble donc que l'on puisse dire que chacune des théories émises a du vrai, et que c'est à la rétention de l'ensemble des produits excrémentitiels (urée, potasse, ptomaines, pigments biliaires) qu'est due l'urémie.

Or, cette accumulation se produit, dans la plupart des cas, lorsque le filtre rénal est altéré et que la sécrétion urinaire se fait, mais aussi lorsque l'urine n'est plus excrétée soit par obstacle mécanique soit sous une influence nerveuse, chez les hystériques anuriques, par exemple ou à la suite de certaines coliques néphrétiques.

Ceci nous conduit à examiner les diverses causes qui peuvent aboutir à l'urémie chronique, à l'insuffisance rénale.

ETIOLOGIE. — Les phénomènes qui président à l'élimination des produits excrémentitiels se passent au niveau du rein ; on comprend dès lors facilement comment toutes les fois que le filtre rénal sera anatomiquement modifié, les phénomènes physiologiques dont il est le siège, se trouveront par cela même modifiés. Nous ne voulons pas ici entreprendre une explication ni de la sécrétion physiologique ni des phénomènes pathologiques qui se passent à ce niveau, il nous suffit d'établir que toutes les fois qu'il y a lésion, il y a

(1) Cours de la Faculté.

modification dans la sécrétion, modification qui peut aboutir à l'insuffisance rénale, à l'urémie.

On sait aussi le rôle important que joue la circulation dans les phénomènes de sécrétion urinaire. Lorsque la circulation est ralentie et qu'il y a stase avec augmentation de pression, les phénomènes de sécrétion se modifient et l'albumine passe dans les urines. On sait aussi que lorsque l'albumine passe à travers le filtre rénal, dans les cas d'injection expérimentale d'albumine dans le sang, par exemple, il ne tarde pas à se produire du côté du parenchyme rénal des modifications pathologiques aboutissant à des lésions chroniques du rein (1), c'est ainsi, ce nous semble, que l'on peut en partie, tout au moins, expliquer les symptômes d'urémie qui se montrent chez certains cardiaques.

De plus il faut signaler les cas où, sous une influence mécanique ou nerveuse, l'anurie se produit ; dans ces conditions il n'est pas rare de voir se développer aussi les phénomènes de l'insuffisance rénale, dus aussi à l'absence d'élimination des matériaux excrémentitiels, rétention qui se produit sous une autre influence, mais qui n'en existe pas moins. C'est ainsi que dans certains cas d'anurie hystérique on a vu se développer les symptômes qui nous occupent ; les vomissements hystériques rebelles ne reconnaîtraient-ils pas quelquefois cette étiologie ? M. Quinquaud a eu l'obligeance de nous communiquer verbalement le résultat de quelques-unes de ses observations dans lesquelles il a constaté dans des cas de pleurésie séreuses simples, des phénomènes dyspniques analogues à ceux de l'urémie avec augmen-

(1) In Lépine, *additions* au traité de Bartels.

tation d'urée dans le sang, ce qui s'expliquerait par la diminution de l'excrétion urinaire si fréquente dans cette maladie.

De ce qui précède il résulte que les causes de l'urémie, de l'insuffisance rénale sont extrêmement nombreuses. On peut les ranger de la façon suivante :

CAUSES INHÉRENTES AU REIN LUI-MÊME. — Ce sont les néphrites, et pour la forme de l'urémie qui nous occupe plus particulièrement, les néphrites chroniques, parmi lesquelles les plus importantes sont les néphrites à prédominance scléreuse et les néphrites à prédominance éphitéliale. De plus, la marche même de ces affections explique celle de l'urémie ; tant que la néphrite évolue lentement, l'urémie marche de même, puis survient une poussée aiguë dans la néphrite correspondant à une poussée aiguë dans l'urémie, c'est-à-dire une attaque aiguë caractérisée par du coma ou de l'éclampsie et amenant ordinairement la mort.

Le rein amyloïde consécutif aux cachexies peut aussi causer l'intoxication, de même que le rein chirurgical quelle qu'en soit la cause.

Nous avons déjà vu comment les lésions cardiaques pouvaient amener l'éclosion des mêmes phénomènes soit par la gêne circulatoire soit par les lésions rénales consécutives à la stase même ou au passage de l'albumine dans les urines.

AUTRES CAUSES. — Toutes celles qui produisent l'anurie, les unes mécaniques par obstacle au cours de l'urine, par compression des uretères, par tumeur du

bassin, par cancer du col de l'utérus, etc.; encore dans ces cas là se développe-t il consécutivement le plus souvent, des lésions du côté du rein relevant du rein chirurgical. Les autres, nerveuses, chez les hystériques ou il ne se développe pas, du moins à notre connaissance, de lésions du rein, mais où l'intoxication se produit à la longue par non sécrétion.

SYMPTOMES

Nous avons vu que l'urémie était due à l'accumulation dans le sang de certains produits qui devraient être éliminés par les urines. Pour nous, cette accumulation commence le jour même où le rein cesse de fonctionner normalement, c'est-à-dire que les débuts de l'urémie sont contemporains de ceux de l'affection rénale ou de l'obstacle mécanique ou nerveux qui gêne l'excrétion urinaire.

Mais lorsque l'affection rénale suit une marche chronique, l'élimination, bien qu'incomplète, se fait cependant encore ; on comprend donc que, dans ces cas, les premiers symptômes soient peu marqués. Ils existent cependant, et il y a toute une catégorie de phénomènes bien étudiés pour la plupart par notre excellent maître M. Dieulafoy, qui peuvent être mis sur le compte de la toxémie qu'ils révèlent bien avant l'apparition des symptômes plus graves et qui imposent le diagnostic.

C'est par cette catégorie de phénomènes que nous commencerons l'étude des symptômes de l'urémie chronique.

Nous n'étudierons pas ici l'albuminurie, d'abord parce qu'elle n'est pas un symptôme de l'urémie, c'est un phénomène du même ordre consécutif comme elle à la lésion rénale ; puis, parce que si elle existe le plus souvent soit d'une manière continue, soit seulement à

certaines époques de la maladie, elle peut quelquefois manquer.

D'ailleurs il n'existe pas de rapport constant entre sa présence ou son intensité et l'éclosion ou l'augmentation des phénomènes urémiques.

Nous ne parlerons pas non plus des œdèmes qui peuvent aussi manquer au moment de l'examen, soit que leur existence ait été de courte durée, soit qu'ils apparaissent tardivement. Nous verrons que dans nos observations XXI et XXX, il n'y a pas eu trace d'œdème durant toute l'évolution de la maladie.

Les symptômes que nous allons étudier actuellement n'ont rien de pathognomoniques en eux-mêmes, de la constatation d'un seul d'entre eux on ne peut pas conclure qu'on est en présence d'un mal de Bright, d'une urémie commençante ; mais on peut déjà être mis sur la voie du diagnostic et avoir un point de départ pour pousser plus loin l'interrogatoire. Si, au contraire, on constate l'existence de plusieurs d'entre eux avec les caractères propres que nous leur connaissons, on sera en droit d'établir le diagnostic.

On comprend de quelle utilité peut être leur constatation lorsqu'on n'a, pour établir le diagnostic, ni l'albuminurie, ni l'œdème.

TROUBLES VISUELS. — En premier lieu se placent *les troubles visuels*. Les phénomènes que l'on constate du côté des yeux reconnaissent plusieurs causes. Ou bien on est en présence d'une rélinité albuminurique ou bien de troubles oculaires directement en rapport avec l'intoxication urémique.

RÉTINITÉ ALBUMINURIQUE (1). — Les troubles fonctionnels révélateurs de la lésion sont plus ou moins intenses selon les cas.

Quelques fois le malade n'accuse qu'une très légère amblyopie, d'autres fois la vue est tellement affaiblie que le malade voit à peine pour se conduire, quelques fois il se plaint de mouches volantes, de scotômes, de brouillards.

Ces troubles ne sont pas toujours en rapport avec l'intensité des lésions constatées à l'ophtalmoscope : tantôt à des lésions très marquées correspondent de légers troubles fonctionnels, d'autres fois le contraire se montre.

Les lésions que l'on constate sont les suivantes : apparition de foyers hémorrhagiques et taches blanches.

Les hémorrhagies sont plus ou moins discrètes, siègent le long des vaisseaux et affectent la forme de flammèches.

Les taches blanches se montrent dans leur voisinage, disséminées en petit nombre et d'une façon irrégulière au fond de l'œil. Leur diamètre est plus petit que celui de la papille. Le plus souvent la région de la macula présente des taches blanches, petites, très rapprochées les unes des autres, d'autres fois des stries blanchâtres dirigées vers la macula et formant une figure étoilée.

Souvent aussi la papille est comme nuageuse ; elle a perdu de sa transparence.

Les deux yeux sont toujours atteints, mais d'ordinaire l'un plus que l'autre.

Il n'y a pas toujours relation entre la marche de l'albuminurie et celle de la rétinite. Dans quelques cas

(1) Abadie. *Traité des maladies des yeux*, t. II, p. 126.

l'affection primitive progresse alors que les troubles et les lésions oculaires s'amendent et disparaissent, d'autres fois l'albumine diminue pendant que les troubles oculaires augmentent.

TROUBLES VISUELS DUS A L'INTOXICATION. — Dans d'autres cas on trouve des troubles fonctionnels du côté de la vision sans qu'on puisse constater de lésions à l'examen ophthalmologique. Ici encore on trouve de l'amaurose, de l'amblyopie, des mouches volantes ou des brouillards ; mais ce qui paraît caractéristique de ce genre de troubles visuels, c'est la rapidité de l'apparition et de la disparition.

Brusquement le malade est pris de perte ou de diminution de la vue, durant quelques heures, ou plusieurs jours, ou plusieurs semaines ; puis brusquement il rentre dans l'ordre. On ne trouve rien à l'ophthalmoscope, ou seulement un état nuageux de la papille avec perte de son brillant, due probablement à un œdème plus ou moins marqué.

TROUBLES AUDITIFS. — Cités par Rayet et Rosentein, ils ont été surtout étudiés par M. Dieulafoy (*France médicale* de 1877) qui en cite plusieurs observations dont voici les résumés :

Obs. I. — Femme ayant les symptômes classiques du mal de Bright, ayant débuté par des névralgies du trijumeau gauche et *abolition complète de l'ouïe* de ce côté ; depuis 4 ans la surdité ne s'est pas amendée.

Obs. II. — Femme qui au début d'un mal de Bright a eu du côté gauche des douleurs et de la surdité ; depuis, l'ouïe n'a jamais été complètement rétabli.

Obs. III. — Observation de Rosentein (1). — Femme atteinte de surdité se montrant au début d'un mal de Bright, surdité d'abord intermittente puis continue que l'auteur met sur le compte d'un œdème du nerf.

Obs. IV. — Affaiblissement de l'ouïe chez une femme avant l'apparition de l'œdème.

Nous joindrons à ces observations celle d'une femme que nous avons observée cette année. Obs. X.

En résumé, nous voyons que les troubles auditifs peuvent se montrer comme phénomènes du début de l'intoxication, soit sous forme de bourdonnements continus ou intermittents, soit sous forme de surdité plus ou moins accentuée avec les mêmes caractères de durée.

Ces phénomènes peuvent se montrer isolés ou accompagnés d'autres phénomènes du même ordre, névralgies, phénomènes visuels.

En tous cas l'existence de phénomènes auditifs dont on méconnaît la cause doit faire penser à l'urémie ; l'examen des urines et l'existence d'autres symptômes pourront mettre sur la voie du diagnostic (2).

PHÉNOMÈNES DU DOIGT MORT (3). — « La sensation de doigt mort est une sensation analogue à celle qu'on éprouve quand on plonge les doigts dans la neige ou qu'on expose les mains à un froid vif. Les malades accusent des fourmillements, des sensations douloureuses, sensations de crampes dans les doigts, et parfois l'extrémité des doigts devient exsangue, pâle, insensible. »

(1) *Maladies des reins*, page 193.

(2) Voir pour plus de détails, Thèse de Tissot, 1878 ; thèse de Dommergue, 1881.

(3) Thèse de O. Soyer, 1885.

Telle est la définition donnée par M. Dieulafoy, dans la *Gazette hebdomadaire*, numéro de mai 1882.

En général la sensation dure peu, quelques minutes, pour réapparaître plus ou moins souvent, à des intervalles plus ou moins éloignés.

La localisation se fait toujours aux doigts, en occupant tantôt un seul, tantôt plusieurs. D'après Soyer ce seraient par ordre de fréquence l'auriculaire, le médius puis l'annulaire. Quelquefois il y a symétrie.

Quant à l'époque d'apparition, elle est variable ; souvent cette sensation de doigt mort se montre au début de la maladie, avant tout autre symptôme ; elle peut s'accompagner de fourmillements dans les membres (1) ou des démangeaisons que nous étudierons plus loin ; d'autres fois l'apparition se fait durant le cours de l'affection, alors que bien d'autres symptômes ont mis sur la voie du diagnostic.

A l'exemple de MM. Dieulafoy, Debove et Roques, nous assimilerons à cette sensation de doigt mort les cas de gangrène symétrique des extrémités constatés chez les brightiques.

Obs. V. — Thèse de Soyer, due à M. Cassine, externe des Hôpitaux. — Hodet Jeanne, âgée de 33 ans, domestique, entre le 25 janvier 1884, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Barth, n° 5, service de M. Dieulafoy.

Il y a 4 ans, cette femme commença à éprouver des maux de tête fréquents, des *crampes* douloureuses dans les jambes et des palpitations lorsqu'elle marchait vite ou montait un escalier. Dès cette époque elle remarqua qu'elle urinait abondamment.

Pendant un an elle continua son travail, mais elle fut obligée de s'aliter, et depuis 3 ans, elle ne quitta plus le lit.

(1) Thèse d'Alibert, 1880.

La céphalalgie du début est devenue intense depuis 6 mois principalement.

La polyurie a fait place à la pollakyurie. Aujourd'hui, en 24 heures, elle a uriné 10 fois et n'a émis que 450 grammes d'urine.

Les crampes des jambes qui survenaient rarement, il y a 3 ans, sont surtout fréquentes et douloureuses depuis 5 mois. Elles se manifestent pendant la nuit, la douleur est intense et fait pousser des cris à la malade.

Elle éprouva pour la première fois, il y a 2 ans environ, des fourmillements dans les doigts de la main droite principalement. Un jour étant occupée à coudre, elle dut cesser son travail, ayant *les extrémités des doigts complètement engourdies et insensibles* ; le symptôme se produisit plusieurs fois depuis et la malade, interrogée, nous répond que très souvent elle éprouve cette sensation de doigt mort.

L'œdème des malléoles apparut il y a 5 mois.

L'essoufflement, depuis 4 mois surtout, est devenu permanent et exagéré par la marche et les mouvements.

La malade a des accès d'oppression.

Douleurs lombaires et dans la région hypogastrique depuis 2 mois.

La peau est sèche, pâle, anémiée. Depuis un mois, démangeaisons très fortes qui ont augmenté depuis deux jours et siègent surtout aux bras.

L'appétit est perdu ; la bouche est sèche, la soif vive.

Eructations fréquentes ; nausées et vomissements alimentaires.

La malade n'a pas de dégoût pour les aliments, mais le vomissement a lieu un quart d'heure à une heure après le repas.

La vue est affaiblie ; amblyopie, mouches volantes, points noirs dans le champ visuel.

Pas de bourdonnements d'oreille, mais demi-surdité.

Epistaxis assez abondantes pendant les 4 derniers jours de décembre dernier. Légères hémoptysies en novembre 1883. Pas d'hémorrhagie gingivale.

Le 26, les symptômes dominant actuellement sont : l'oppression et l'intolérance stomacale.

Le cœur est hypertrophié ; bruit de galop.

Rien dans les poumons. Température normale.

Les urines sont claires, jaune citrin, limpides ; sans dépôt. Grande quantité d'albumine.

Le 27, la malade a uriné 10 fois en 24 heures ; 450 grammes. Pas de vomissements depuis hier, mais des nausées. Dyspnée intense.

Le 28, 7 mictions ; 350 grammes d'urine. Deux accès d'oppression. Ce matin la malade est très agitée, tremblante et abattue.

Le 29, dyspnée continue. Urine 350 grammes ; 10 mictions. Albumine 5 gr. 72 par litre. Urée 12 gr. 80 par litre.

Le 30, faiblesse extrême. Coliques intestinales. Urines 300 gr. Etat désespéré. Transfusion de 100 grammes de sang.

Le 31, les coliques ont continué ; nouveaux accès d'oppression, vomissements bilieux. Urine 300 grammes. Mort.

A l'autopsie, les reins sont petits, rétractés et réduits à la moitié de leur volume normal.

Leur consistance est très dure, leur coloration rouge, leur surface irrégulière, hérissée de saillies et de granulations.

A la coupe, on voit que l'atrophie a porté surtout sur la substance corticale, qui ne forme plus à la substance centrale qu'une coque mince de 1 millimètre.

La capsule est épaisse et très adhérente, elle entraîne avec elle des fragments du tissu rénal.

Le cœur est hypertrophié. Les valvules et les piliers du cœur gauche sont un peu sclérosés.

Les poumons présentent un peu d'œdème pulmonaire.

Le foie et la rate sont normaux.

Obs. VI. — Gangrène symétrique des extrémités chez un albumurique. (Debové. *Gazette médicale des hôpitaux*, 27 février 1880.) — P. Zelia, âgée de 24 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 29 juillet 1879. Elle avait toujours joui d'une excellente santé, lors qu'au troisième mois d'une grossesse (première grossesse),

en septembre 1878, elle s'aperçut un matin d'une bouffissure de la face et des paupières.

Le lendemain, les parois abdominales, les jambes, les cuisses étaient le siège d'un œdème qui augmenta les jours suivants et devint rapidement très-considérable.

Les membres inférieurs, tuméfiés, étaient incapables de supporter le poids du corps, le ventre très distendu, et la malade obligée de garder son lit, était en proie à une dyspnée intense.

Un peu plus tard P. ressentit pour la première fois des palpitations.

Vers cette époque, elle eut des troubles de la vue, quelques hallucinations effrayantes et de la céphalalgie. L'insomnie était opiniâtre. Peut-être à ce moment y eut-il de la polyurie, car la malade dit que ses urines étaient abondantes et claires.

La marche des accidents fut continue ; il y eut cependant, en novembre une amélioration notable, l'œdème disparut quelques jours. P. fit à cette date une fausse couche de six mois qui n'amena aucune complication.

L'œdème reparut bientôt plus étendu que jamais. Le médecin qui la soignait retira par ponction 4 litres de liquide ascitique ; il fit aux membres inférieurs des piqûres qui donnèrent lieu à un abondant écoulement de sérosité.

P. eut au commencement de 1879 plusieurs attaques convulsives, avec perte de connaissance et écume à la bouche. Elles paraissent devoir être rapportées à une *intoxication urémique*.

En mai 1879, un nouvel accident attira l'attention : *la gangrène symétrique des doigts de la main*. Pendant 20 jours (en mars 1875) P. avait pris quotidiennement 25 centigrammes de seigle ergoté, mais la coloration noire des doigts débuta seulement 2 mois plus tard.

La malade entra le 25 juillet à l'Hôtel-Dieu, où nous l'avons observée pour la première fois.

L'œdème est considérable et généralisé ; la face est bouffie, violacée, les lèvres sont cyanosées, les jugulaires distendues ; la dyspnée très intense, va jusqu'à l'orthopnée.

Le pouls est régulier, le choc précordial est énergique. La

mâtité du cœur est augmentée; l'auscultation ne permet de constater l'existence d'aucun bruit de souffle, mais celle d'un rythme de galop qu'il est facile également de percevoir par la palpation.

A l'auscultation on constate l'existence de râles d'œdème et de congestion, plus nombreux aux bases des poumons.

L'urine, examinée par l'acide nitrique et la chaleur, donne un précipité albumineux très abondant. La malade perdant sous elle la plus grande partie de ses urines, on n'a pu apprécier leur quantité. Elles ne contenaient pas de sucre.

Aux membres supérieurs, on remarque une gangrène symétrique limitée aux extrémités digitales. La peau des dernières phalanges est violacée et noirâtre, l'épiderme est même soulevé sur l'index et l'annulaire gauche, où existent de larges phlyctènes remplies de sérosité. Les doigts sont très douloureux, et malgré l'intensité de la dyspnée, c'est cette douleur seule qui provoque les plaintes de la malade.

Loin de se limiter, la gangrène fait des progrès les jours suivants; elle gagne en surface et en profondeur.

3 août. — A la main droite, c'est le médius qui est le plus sévèrement atteint. L'épiderme a disparu, et l'ulcération gangréneuse s'étend jusqu'au tissu sous-dermique. L'ongle tend à se détacher. Le pouce est le moins malade des doigts de cette main, il présente seulement une teinte violacée, de même au petit doigt, teinte violacée de l'extrémité et de la partie antérieure et inférieure. L'index est noir à sa partie postérieure et inférieure; en avant l'épiderme est d'un blanc mat, et sur toute la longueur du doigt, se trouvent des trainées violacées.

La main gauche est moins malade, l'épiderme est d'un blanc mat à l'extrémité de l'auriculaire et de l'annulaire. Les trois autres doigts sont violacés à la partie antérieure et terminale de la dernière phalange.

La sensibilité cutanée du doigt est non seulement conservée, mais exagérée. Les douleurs sont plus vives quand les doigts sont exposés à l'air. Température axillaire 37,7.

Le 4, attaque éclamptique. Cri initial, convulsions plus marquées du côté gauche du corps. Température axillaire 38. Le

soir la dyspnée a augmenté, l'asphyxie est prononcée, les pommettes et les lèvres sont violacées. Vomissement alimentaire. Selles liquides et involontaires.

Le 5, température axillaire 37°5. Diarrhée abondante, vomissements. L'abattement est plus profond, la dyspnée est peut-être un peu moindre. Mouvements convulsifs partiels dans le courant de la journée. A la main gauche la partie mortifiée de l'auriculaire est tombée, laissant à nu des bourgeons charnus.

Le 6, température axillaire 37°. Assoupissement.

Le 7, L'asphyxie fait du progrès. Température 37°5, le matin ; le soir 36°3 La mort eut lieu dans la nuit du 7 au 8.

Il y eut opposition à l'autopsie.

Oss. VII. — Gangrène symétrique des extrémités chez une albuminurique (Roques. *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, 1882.) — Le 1^{er} décembre 1881, entré à l'hôpital une femme de 40 ans, offrant les principaux traits du tableau de l'asystolie, facies bouffi et cyanosé, extrémités froides, dyspnée intense, dilatation des jugulaires, crachats spumeux et sanguinolents. Nous relevons les signes d'une congestion pulmonaire du côté gauche, le foie est douloureux et tuméfié, les urines très albumineuses se prennent en masse par la chaleur et l'acide nitrique ; les battements du cœur sont énergiques, fréquents et réguliers ; le pouls est petit, enfin la vue est indistincte les objets sont vus à travers un brouillard. Le malade est dans cet état depuis 8 jours.

Depuis un an environ, époque de son deuxième et dernier accouchement, elle se plaint de vertiges, d'anhelation, de troubles passagers de la vue, de vomissements fréquents et de diarrhée intermittente.

Trois jours après ce premier examen, la dyspnée a diminué, mais les mains restent froides et pâles. La malade nous dit alors que, depuis trois mois, elle se plaint souvent de froid aux mains, *qu'elle a l'onglée et que les doigts deviennent pâles et comme morts* ; ce phénomène, non douloureux d'ailleurs, se reproduit jusqu'à trois et quatre fois par jour.

Pour la première fois, la malade se plaint d'une douleur aiguë au gros orteil droit qui est froid, pâle et douloureux au toucher.

Le gros orteil gauche se prend à son tour dès le lendemain, et quatre jours après nous voyons les lésions suivantes : le gros et le petit orteil du pied droit sont recouverts, à leur extrémité, d'une plaque violacée, disparaissant en partie par la pression et se réformant lentement ; ces parties sont le siège d'une douleur atroce que la malade essaie d'apaiser par quelques légères frictions.

Les orteils sont froids au toucher ; la sensibilité y est obtuse.

La piqûre d'une épingle, non perçue si elle est superficielle, est vivement sentie si elle est plus profonde. On voit en outre des marbrures violacées, irrégulières, allongées dans le sens des vaisseaux, sur la région dorsale du pied, sur la face externe de la jambe et de la cuisse, jusqu'à la partie inférieure des lombes ; il n'y a pas d'œdème appréciable. Cette description peut s'appliquer de tous points au membre inférieur gauche ; les mêmes orteils sont atteints dans leurs parties similaires ; il n'est pas jusqu'aux plaques violacées ou sugillations occupant la continuité du membre qui n'affectent une disposition semblable des deux côtés. Les lésions sont donc nettement symétriques ; elles sont cependant un peu moins avancées à gauche. Les battements de la pédieuse sont nettement perçus des deux côtés, mais un peu faibles.

Des lésions analogues occupent les membres supérieurs ; tous les doigts sont atteints, sauf le pouce ; le petit doigt induré, comme raccorni, est blafard, froid au toucher et très douloureux, la face dorsale de la main et de l'avant-bras est recouverte de plaques violacées ; ici encore, la symétrie des lésions s'affirme.

Mais celles-ci ne progressent pas d'une manière continue ; à certains moments, en effet, la douleur s'apaise, les extrémités paraissent se réchauffer, les plaques violacées pâlisent ou s'effacent ; ces rémissions sont courtes et bientôt suivies de nouvelles crises.

Enfin, vers le 15 décembre, le petit doigt de la main droite et le gros orteil droit offrent à la face palmaire et plantaire de leur

phalangelette une eschare noire, dure, sèche, bien limitée, entourée d'une étroite zone rosée.

L'amblyopie déjà signalée persiste, mais elle est intermittente et alterne avec les troubles de la circulation périphérique.

La malade ne s'y trompe pas ; dès que la vue se trouble elle prévoit une suspension momentanée de ses souffrances.

Pour m'éclairer sur la nature de ces troubles oculaires, j'ai eu recours à l'obligeance de mon excellent confrère, le Dr Abadie, qui a bien voulu se charger de l'examen ophtalmoscopique. Celui-ci a été pratiqué au moment où l'amblyopie était à son maximum, en voici le résultat.

Pas trace de rétinite albuminurique, et, en général, aucune lésion appréciable du fond de l'œil. Les artères de la papille sont plus grêles que d'ordinaire : y a-t-il en réalité spasme des artères ? Il est difficile de le dire, étant donné les nombreuses variétés observées dans la disposition normale de ces vaisseaux. Il ne paraît pas y avoir des renflements sur le parcours des vaisseaux rétinien. Il n'y a pas de battements intraoculaires, pas de pulsations veineuses, aucune apparence variqueuse.

Du 20 au 25 décembre, les lésions des extrémités progressent d'une façon continue, cette fois sans rémission. La dyspnée s'accroît, le pouls devient filiforme, la peau froide et visqueuse ; le délire survient, fait place à un état semi-comateux et le 29, le malade succombe.

A l'autopsie (abrégé). Cœur volumineux, ventricule gauche surtout est hypertrophié ; le bord libre des valvules symoïdes de l'aorte présente, une couronne de végétations villeuses, rouges friables, assez faciles à détacher.

Les reins sont petits, le droit surtout, leur surface est irrégulière, la capsule est très adhérente, la couche corticale a presque disparu, la base des pyramides touche presque à la périphérie.

On trouve les lésions microscopiques de la néphrite interstitielle.

Les artères radiales et pédieuses suivies jusqu'à leurs dernières ramifications n'ont pas paru altérées.

DÉMANGEAISONS. FOURMILLEMENTS. SENSATION DE CHEVEU. — « C'est une sensation de prurit plus ou moins vive, quelquefois intense, insupportable, qui provoque chez le malade qui en est atteint un besoin impérieux de se gratter.

« La peau est sèche, comme c'est l'habitude chez les brightiques, mais il n'y a aucune trace d'éruption, pas d'anesthésie, ni d'hypéresthésie (1). »

D'après M. Dieulafoy (2), il y aurait trois variétés de démangeaisons :

1^o *Démangeaisons proprement dites.* — « Caractérisées par une sensation de prurit, quelquefois tellement vives que le malade se gratte avec fureur, au risque de se déchirer la peau, ce qui arrive, en effet, quelquefois.... Le besoin de se gratter est tellement impérieux chez certaines personnes, qu'on a vu des dames du meilleur monde qui, en société, au risque de passer pour inconvenantes, se détournaient légèrement pour se gratter les jambes (2). »

La durée est variable, de quelques minutes à plusieurs heures ; les démangeaisons apparaissent surtout le soir, souvent la nuit. Toutes les parties du corps peuvent en être affectées, mais d'ordinaire elles ne sont pas généralisées.

Le plus souvent elles siègent aux jambes, aux mollets, à la partie antérieure des cuisses, aux organes génitaux externes, ce qui fait croire aux malades qu'ils sont porteurs de pédiculi pubis (3).

(1) Dieulafoy. *Gaz. hôpitaux*, 1881.

(2) Thèse de Mathieu, 1882.

(3) Thèse Mathien.

2^e Variété. *C'est la sensation de cheveu.* — Dans cette variété, dit M. Dieulafoy, il ne s'agit plus de prurit intense, la démangeaison revêt une forme particulière que les malades comparent à la sensation produite par un cheveu.

3^e Variété. *Fourmillements.* — Les malades comparent la sensation à celle produite par un insecte, souvent par une fourmi qui se promènerait sur une partie quelconque du corps. D'ordinaire cette sensation se produit aux jambes, au pubis, dans le dos. Elle dure de quelques minutes à plusieurs heures.

Obs. VIII. — Fourmillements dans le cours d'un mal de Bright.

Obs. de M. Dieulafoy, in.-th. Mathieu.

Eugénie Ch. âgée de 39 ans, lingère, entrée le 4 février 1882, salle Nélaton, hôpital d'Antoine, service de M. Dieulafoy.

Depuis 7 ans, cette malade n'a pas joui d'une bonne santé. A cette époque, elle avait ressenti un violent point de côté avec toux et fièvre, et avait gardé le lit pendant trois mois. Elle avait assez fréquemment des maux de tête, elle se sentait mal entraîné sans accuser de symptômes bien définis, jusqu'à il y a 2 ans.

Il y a 2 ans, elle a été tourmentée par la *sensation de fourmis* qui lui couraient sur les jambes. Il y a un an et demi elle éprouva aussi la *sensation de cheveu* sur la poitrine. De même en arrière, sur le dos, elle éprouve une sensation désagréable analogue au chatouillement que produirait un cheveu trainant sur la peau. En même temps elle souffrait de *démangeaisons* très vives au niveau du cou.

A la même époque elle eut de la polyurie, et de la pollakyurie.

Sa vue s'affaiblit, elle éprouve des bourdonnements d'oreille.

Trois mois avant son entrée à l'hôpital, elle avait encore de la pollakyurie et de la polyurie.

Elle était tourmentée par des battements de cœur, et ses

maines étaient comme engourdies. Il lui semblait que parfois la main gauche était comme morte.

15 jours plus tard apparurent de violents maux de tête occupant surtout la région frontale. Cette céphalalgie dura trois semaines.

A cette époque la malade est tellement faible, qu'elle perd connaissance à la moindre fatigue.

Après 15 jours environ de cet état, la malade fut prise de diarrhée et de vomissements très abondants. La diarrhée persista 10 ou 12 jours, puis on vit apparaître l'œdème des jambes s'accompagnant de bouffissure de la face.

6 *Février*. — La malade entre à l'hôpital. Elle a le visage blafard, les jambes œdématisées, le ventre est ballonné, sans ascite.

L'appétit est nul, les selles normales, l'urine est fortement albumineuse. La malade éprouve après chaque miction une douleur cuisante qu'elle localise au col de la vessie.

A l'auscultation de la poitrine, on entend des râles sous crépitants, surtout à droite et au sommet.

Le 9, urines abondantes, 12 gr. 50 d'albumine par 24 heures.

Urée 17 gr. 5 par litre.

Le 12, la malade est reprise de diarrhée.

Le 24, douleurs vives dans les reins, 20 ventouses sèches.

Le 31, diarrhée, 9 selles.

4 *Mars*. — Râles sibilants dans toute la poitrine. Abattement de la malade. Apparition du muguet.

Le 7, la malade a une diarrhée continuelle.

La malade meurt le 10 mars.

A l'autopsie, on trouve des tubercules aux deux sommets avec cavernes à droite.

Les reins sont gros, blanchâtres. L'enveloppe s'enlève facilement.

A la coupe, aspect et néphrite mixte (?).

Le cœur est gros et hypertrophié.

OBS. IX. — Fourmillements. Migraines. (Th. de Mathieu).

M^{me} V^e S. âgée de 54 ans, marchande de fleurs. Voici ce qu'elle nous raconta le 19 juin 1882,

Cette femme ne se rappelle pas avoir eu d'autres maladies que la fièvre intermittente, à l'âge de 12 ans.

Cette affection aurait duré un an.

Mariée, elle a eu 5 enfants. Rien de particulier à signaler à ce sujet.

Depuis environ deux ans, cette femme qui « auparavant n'avait jamais rien, se trouve dérangée à chaque instant, » elle s'affaiblit peu à peu, son teint devient jaunâtre.

Depuis deux ans environ, elle est prise très fréquemment de *migraines* intenses.

L'année dernière, au mois de mars, elle ressentit des crampes dans les jambes et des maux d'estomac. Depuis cette époque et pendant une période de 10 à 15 jours chaque mois, elle est prise de *crampes* et de vomissements. On l'a envoyée l'an dernier passer une saison à Aix-les-Bains; elle y est restée 10 jours « ça ne lui a rien fait. »

Depuis ce temps, elle ne va pas mieux, ses jambes sont enflées, mais on ne peut les examiner à cause de la ouate qui les entoure. Nous demandons à la malade la raison de cette application. *C'est, dit-elle, pour empêcher les fourmis de me gratter les jambes.* »

Nous insistons dès lors sur ce symptôme, et nous apprenons que depuis un an environ, elle éprouve de temps en temps sur les jambes et principalement sur les mollets, surtout du côté droit, la sensation de fourmis qui lui montent sur les jambes et qui la chatouillent. Il lui est arrivé bien souvent d'ôter ses bas, de les retourner pour voir s'il n'y avait pas de fourmis : jamais elle n'a rien trouvé. Cette sensation reparait tous les mois pendant quelques jours, 8 à 10, surtout le soir. « C'est insupportable, dit-elle, il me semble qu'avec l'ouate je les sens moins. »

Rapprochant alors cette sensation de fourmis, de la migraine, des crampes, des vomissements, de l'œdème des jambes, il nous est venu de suite cette idée qu'elle pouvait bien être atteinte du mal de Bright.

Nous apprenons en l'interrogeant, que depuis deux ans, elle urine fréquemment, très peu à la fois, elle se relève trois ou quatre fois la nuit pour uriner.

Parfois elle éprouve des palpitations, et au moindre effort qu'elle fait elle est essouffée. Depuis quelques mois, elle tousse et crache beaucoup. Jamais elle n'a eu d'épistaxis ni d'hémoptysie, à l'auscultation on constate l'existence de râles sous-crépitants aux deux bases, surtout à gauche.

Le cœur est légèrement augmenté de volume, avec un bruit de galop très léger. Douleurs dans les reins et en ceinture.

Le foie semble de volume normal.

Pas de trouble de la vue ni de l'ouïe jusqu'à présent.

Le lendemain la malade n'avait rendu en 25 heures que 820 grammes d'urine trouble avec dépôt abondant. Cette urine renfermait environ 25 centigrammes d'albumine par litre.

Nous prescrivons le régime lacté absolu.

Depuis lors, la malade ne vomit plus, les urines ont atteint 1300 grammes dans les 24 heures.

La veille elle a eu encore de violentes démangeaisons entre les deux épaules, elle a dû se faire gratter par sa fille.

Le 4 juillet, la malade qui continue le régime lacté, se sent bien mieux.

NÉVRALGIES. — Dans certains cas on peut, avant l'apparition de phénomènes urémiques bien caractérisés, constater l'existence de névralgies siégeant principalement dans la sphère du trijumeau, névralgies très douloureuses, quelquefois intermittentes ou durant plus ou moins longtemps, en tous cas difficiles à guérir.

Nous signalerons de même, sans y insister, les phénomènes mieux connus de la polyurie et de la pollahyurie (1), le bruit de galop du cœur (2), les hémorrhagies, particulièrement les épistaxis, peu abondantes mais répétées, de telle sorte que fréquemment, en se

(1) Thèse de André Guesdron, 1882.

(2) Potain. *Du rythme cardiaque appelé bruit de galop. Bul. Soc. Méd. des Hôpit.*, 1875.

mouchant, les malades trouvent quelques filets de sang; enfin les stomathorrhagies, siegeant principalement au niveau des gencives, se montrent aussi fréquentes, mais peu abondantes; tous symptômes dûs à la gêne de la circulation ou aux lésions rénales, mais n'étant pas causés par la toxémie.

Signalons enfin un cas de Wagner (cité en notes additionnelles de Lépine au traité de Bartels) dans lequel un hoquet persistant nuit et jour pendant la semaine fut le premier symptôme d'un mal de Bright chronique.

FORMES CLINIQUES. — Nous étudierons maintenant les diverses manifestations cliniques sous lesquelles l'urémie, l'insuffisance rénale, se traduit, quand elle est nettement constituée.

Plusieurs monographies ont été publiées sur le sujet qui nous occupe; chacun s'est astreint à décrire une particularité, une forme de l'affection, mais aucun travail d'ensemble, n'a, jusqu'à présent, du moins à notre connaissance, été publié.

Nous réunirons ici ces différents travaux, de manière à en faire un tout.

Nous retrouverons dans les formes chroniques, la plupart de celles que revêt l'intoxication aiguë, le caractère le plus différentiel est précisément la durée de l'affection.

Nous étudierons successivement la forme cérébrale avec ses variétés, la forme gastrique et intestinale, enfin la forme pulmonaire.

FORME CÉRÉBRALE. — Mentionnée par Bartels, il lui

assigne les symptômes suivants : somnolence croissante, apathie, torpeur et finalement coma.

M. Legrand du Saule (1) donne une excellente idée de l'ensemble des phénomènes lorsqu'il dit :

« Ordinairement les premiers symptômes sont des troubles intellectuels, l'influence devient moins vive, la sensibilité s'émousse.

« Une torpeur physique et intellectuelle s'empare du malade qui devient indifférent aux choses, aux personnes. Son caractère se transforme et il est bien vite plongé dans une apathie profonde que l'on essaie vainement de dissiper.

« Puis apparaît une manifestation d'une haute valeur diagnostique, c'est la céphalalgie. Tantôt générale, tantôt frontale ou limitée au vertex ou à l'occiput, cette douleur affecte les caractères d'une lourdeur, d'un poids, d'une constriction. Elle est souvent fort intense. Bright parle d'un malade chez lequel elle était si prononcée qu'il ne pouvait se reposer, ni remuer la tête. Lorsque ce symptôme apparaît chez un albuminurique c'est toujours l'indice d'un état grave.

« En même temps que la céphalalgie ou après elle se rencontrent divers troubles des sens ; du côté de l'œil, amblyopie, diplopie, hémioptie ou amaurose, etc. ; du côté de l'oreille bourdonnements et surdité.

« Ajoutons à ces symptômes des crampes, des spasmes qui sont inconstants.

« Bientôt les troubles psychiques s'accroissent, la torpeur cérébrale augmente, l'obtusion intellectuelle devient plus complète. Le malade devient sub-coma-

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1884.

« teux et tombe dans un véritable coma qui persiste
« souvent jusqu'à la mort et dont la terrifiante monotonie est rompue exceptionnellement par des mouvements convulsifs généraux ou partiels ou par un
« délire calme et tranquille qu'accompagnent parfois
« des paroles incohérentes prononcées à voix basse et
« comme marmottées du bout des lèvres.

« La durée de ces accidents est fort variable. Toujours prolongée, elle peut atteindre plusieurs semaines et la scène finale consiste soit dans l'aggravation
« progressive des symptômes qui constituent le tableau
« de l'urémie lente, soit dans l'apparition des symptômes
« de l'urémie aiguë, accidents épileptiformes (1). »

Cette description donne une excellente idée d'ensemble de la forme cérébrale qui nous occupe. Nous reviendrons sur quelques-uns des symptômes qui y sont mentionnés pour les étudier plus à fond et aussi, parce que dans certains cas, ils sont tellement prédominants dans le tableau qu'ils constituent de véritables formes.

FORME CÉPHALALGIQUE. — L'intoxication urémique, qu'elle agisse par l'œdème cérébral qu'elle produit dans certains cas, ou par action directe sur les éléments nerveux, peut se manifester par une céphalalgie à caractères particuliers.

Tantôt peu intense, tantôt tellement vive que le malade ne dort ni jour ni nuit ; elle peut durer quelques heures seulement pour réapparaître le lendemain et les jours suivants, ou bien durer sans interruption pendant de longues semaines tout en présentant cependant des exacerbations ordinairement nocturnes ou tout au moins

(1) Legrand du Saule, loc. cit.

se montrant dans la deuxième partie de la journée surtout le soir. (Obs. X.)

Sans siège d'élection absolu, elle affecte cependant plus particulièrement la région frontale, ou la région occipitale, tantôt envahit toute la tête qui semble resserée dans un anneau de fer, tantôt elle affecte la forme de migraine.

Pongitive dans certains cas, terrébrante dans d'autres la douleur est surtout intense au moment des exacerbations.

Cette céphalalgie s'accompagne souvent d'une torpeur physique et intellectuelle. Le malade devient paresseux, ne se meut qu'avec lenteur. son intelligence est moins vive, son caractère semble changé, il devient surtout indifférent pour ceux qui l'entourent. Souvent le regard est vague, incertain (1).

On voit combien cette céphalalgie ressemble à celle de la syphilis, et combien dans certain cas le diagnostic en sera difficile, surtout si elle se complique de crampes qu'un examen superficiel pourrait faire prendre pour des douleurs ostéocopes.

Il est important cependant de l'établir pour instituer le traitement. On y parviendra dans la plupart des cas en se basant sur l'absence de tout autre signe de syphilis, et sur l'existence d'un ou plusieurs de ses signes prémonitoires mentionnés plus haut, démangeaisons, fourmillements, doigt mort, bruit de galop, polyurie ou pollakyurie, etc.

Les signes oculaires ou auditifs n'ont pas, dans ce cas, une grande valeur, car ils peuvent aussi bien reconnaître comme cause la syphilis que l'urémie.

(1) Lecorché. *Maladies des reins*.

Le diagnostic sera rendu certain si on peut constater la présence de l'albuminurie dans l'urine avec diminution de l'urée dans ce liquide et son augmentation dans le sang.

Obs. X. — Céphalalgie urémique, troubles oculaires et pulmonaires. Obs. personnelle prise dans le service de M. Dieulafoy. — La nommée Guil. Marie, âgée de 51 ans, ménagère, entre le 11 mai 1885, salle Barth, lit 23, à l'hôpital Saint-Antoine.

Née d'un père asthmatique, elle a eu antérieurement quelques bronchites aiguës, et il y a 15 ans une attaque de rhumatisme articulaire aigu.

Depuis 2 ans environ, elle est sujette à des fourmillements surtout dans le dos « c'est comme si c'étaient des fourmis ». Cette sensation dure peu, mais revient fréquemment.

Depuis 2 ans aussi elle a eu de temps en temps des engourdissements dans la partie inférieure des jambes.

A cette même époque elle a eu de la polyurie et de la pollakiurie, se levant plusieurs fois la nuit pour uriner, mais rendant peu d'urine chaque fois.

De cette même époque, date l'apparition de phénomènes visuels consistant en scotomes « petites choses noires allant et venant devant ses yeux » avec brouillards devant les yeux et souvent sensation de rouge et de bleu. Jamais de diplopie, ni d'hémiopie.

Il y a environ 13 mois qu'a commencé la *céphalalgie*, en même temps que se montraient des crampes, des *bourdonnements* d'oreille et des épistaxis.

Cette céphalalgie se montre surtout la nuit après quelques heures de sommeil, elle réveille la malade, Elle siège d'ordinaire à l'occiput ou au vertex, et dure souvent jusque vers midi; après le repas elle se dissipe pour réparaître la nuit suivante.

Elle se montre presque tous les jours, avec les caractères de douleurs pongitives ou terrebrantes. Souvent aussi se montre en même temps de la névralgie faciale qui disparaît aussi après le

repas. Au dire de la malade il y aurait eu quelques fois en même temps que la névralgie faciale un certain degré de bouffissure des paupières paraissant peu après le début de la douleur, et disparaissant avec elle.

Cette névralgie, lorsqu'elle existe, présente souvent des exacerbations quelquefois tellement douloureuses que la malade crie.

Dans tous les cas, le côté gauche est toujours le plus affecté; quelquefois aussi la douleur aurait revêtu la forme de migraine.

On ne peut constater chez cette malade aucune trace de syphilis ni d'alcoolisme.

A son entrée, le 11 mai, on constate un léger œdème des jambes qui daterait de 3 jours. La malade est en proie à une oppression assez marquée, son regard est vague, son front est plissé comme dans les céphalalgies intenses, à ce moment, en effet, la douleur est vive et la malade dort à peine depuis quelques jours.

A l'auscultation, signes d'emphysème avec les râles ronflants et sibilants de bronchite aiguë.

Du côté du cœur rien à noter, pas de bruit de galop.

Dans la journée du 11 mai, la malade a rendu 1,500 grammes d'urine avec des traces d'albumine.

Diagnostic, néphrite, céphalalgie urémique. Emphysème et bronchite, traitement, régime lacté. Digitale 0,10 centigrammes en macération.

1^{er} juin, — L'œdème des jambes a disparu. La céphalalgie persiste, le regard est toujours vague, les troubles visuels continuent.

Levée, la malade est prise de vertige; elle se tient difficilement debout.

4 juin. — Même état.

10 juin. — Même état. L'examen ophthalmologique a permis de constater un état trouble des papilles qui ont perdu leur brillant et sont comme nuageuses. Il n'existe aucune lésion de la rétine, ni taches noirâtres d'hémorrhagie, ni taches blanches. Rien non plus à noter du côté des vaisseaux.

17 juin. — Il n'y a plus trace d'albumine. La douleur de tête a diminué mais persiste cependant. L'essoufflement diminué aussi, se montre encore de temps en temps sous forme d'accès, surtout la nuit, bien qu'on ne trouve plus trace de bronchite.

Le 18, la malade a mangé hier des biscuits et une soupe grasse, on trouve 0,80 centigrammes d'albumine. De plus il y a eu plusieurs accès d'oppression pendant la nuit et la céphalalgie a augmenté.

Le 22, toujours de l'albumine, l'état reste le même.

Le 23, on ne trouve pas d'albumine, même état.

Le 24, traces d'albumine.

Depuis lors, l'albumine a continué à se montrer; la malade est restée à peu près dans le même état.

Le 16 juillet, albumine 2 gr. 50. Essoufflement très marqué avec râles sous-crépitaux dans toute la poitrine.

La malade quitte l'hôpital sur sa demande.

Depuis lors elle est venue deux ou trois à la consultation elle a continué le régime lacté, peut-être incomplètement, mais elle est très améliorée et sa céphalalgie a presque entièrement disparu.

Obs. XI. — Urémie latente. Service de M. Rigal. (1)

Femme âgée de 46 ans, qui a eu 12 enfants, dont le dernier il y a cinq ans. Jusque là elle s'était assez bien portée sauf qu'elle toussait d'ordinaire et avait la poitrine sifflante. Ce fut pendant qu'elle nourrissait ce dernier enfant qu'elle commença à souffrir habituellement de la tête et à vomir fréquemment.

En revanche, sa toux cessa depuis lors, et elle n'eût plus, durant la nuit, dans la poitrine, ces bruits sonores qui troublaient le sommeil de son mari.

Les vomissements se répétèrent, la céphalée persista; parfois, quand le mal de tête était très violent, il se produisait du délire.

La malade ne peut plus monter les escaliers sans être oppressée.

(1) Gazette des hopit., 12 juillet 1884.

Il arrive même un moment où elle est obligée de s'arrêter pour reprendre haleine à chaque étage.

Il y a 9 mois, elle eut une perte abondante qui se prolongea durant 25 jours, et pendant laquelle elle rendit d'énormes caillots. Après cela ses urines devinrent très abondantes. La malade était obligée de se relever cinq à six fois par nuit.

Le 25 mai, étant allée avec sa fille, à la fête de Vaugirard, elle y perdit complètement connaissance. On la reporta chez elle, et pendant deux jours elle y resta étrangère à ce qui l'entourait, poussant des cris et se débattant, à ce que son mari lui a raconté.

Ce fut en entrant à l'hôpital où on l'apporta qu'elle revint à elle.

Quand on l'examina pour la première fois, elle accusait un violent *mal de tête*, et continuait à présenter des vomissements.

Il n'y a plus de polyurie, au contraire, c'est à peine si elle rend 500 grammes d'urine dans les 24 heures.

A l'auscultation on trouva le cœur un peu gros; il présentait un bruit de galop, et, songeant de suite à une néphrite intersti-tielle, on examine les urines. Elle renfermaient beaucoup d'al-bumine.

Dès lors le diagnostic était précis, tous les symptômes se rattachaient à une urémie qui n'avaient pas été soupçonnée jusque-là.

FORME DÉLIRANTE. — Ordinairement associée à d'autres symptômes de l'urémie confirmée, tels que vomissements, céphalalgie, crises de tétanie, etc, le délire peut cependant exister seul ou tout au moins dominer tellement la scène que les autres symptômes passent inaperçus surtout si on n'a pas l'attention éveillée de ce côté.

Bien étudiée par Bouvat (1) qui cite un grand nombre

(1) Bouvat. *Essai sur l'urémie délirante*. Th. de Lyon, 1883.

d'observations, elle a été aussi l'objet de travaux plus récents de M. Raymond (1) et d'une communication récente de notre maître, M. Dieulafoy, à la société des hôpitaux à l'occasion d'une malade que nous avons observée cette année dans le service, et dont nous publions plus loin l'observation (2); enfin, M. Barrier en a publié récemment une observation.

Mais avant d'étudier cette forme d'urémie, nous pensons qu'il sera bon de citer quelques pages du livre de M. le professeur Ball sur les maladies mentales (3). Nous retrouvons, en effet, dans sa description des folies toxiques et plus particulièrement de la folie saturnine, le tableau complet de la forme d'urémie que nous étudions actuellement.

La description peut absolument s'appliquer à l'urémie délirante que nous avons en vue, comme le prouvent les observations que nous allons y joindre; de plus, elle légitime les dénominations de folie brightique, de délire simulant la manie aiguë donnée par MM. Dieulafoy et Raymond.

M. Ball s'exprime ainsi :

« Les folies toxiques sont en pathologie mentale, une
« famille bien nettement définie. Il existe, en effet, un
« grand nombre de poisons qui portant leur action
« novice directement sur les centres nerveux, détermi-
« nent une déviation permanente ou passagère des
« facultés intellectuelles; et quelle que soit la différence
« que l'on observe dans leur mode d'action, il est

(1) Raymond. *De quelques délires d'origine urémique simulant la folie.* (Arch. de Med. 1882).

(2) *Société médicale des hôpitaux.* Séance du 10 juillet 86.

(3) *Leçons sur les maladies mentales.* Edition 1880, page 591 et suivantes.

« impossible de méconnaître les analogies profondes
« qui réunissent en une seule et même famille patholo-
« gique, toutes les maladies mentales qui reconnaissent
« pour origine l'action d'une substance toxique sur
« l'encéphale ,
«

« Souvent, sous l'influence d'un poison, le malade
« est pris d'un délire violent, c'est l'ivresse du plomb,
« de l'alcool, de l'opium (et des poisons de l'urémie).
« Mais après cette première atteinte, l'orage se dissipe
« et les facultés reviennent à leur état normal. Suppo-
« sons, au contraire, que l'action de la cause nuisible
« se prolonge pendant un temps assez long, et nous
« aurons alors des troubles permanents, signes d'une
« désorganisation cérébrale presque fatalement mor-
« telle. L'encéphalopathie saturnine nous en présente
« un type bien caractérisé. »

Or, que de ressemblances entre l'encéphalopathie
urémique et l'encéphalopathie saturnine :

« Or, les poisons capables d'engendrer les maladies
« de ce genre sont ceux qui, tout en agissant d'une
« manière extrêmement nuisible sur les centres ner-
« veux, peuvent être tolérés par l'économie pendant
« assez longtemps pour la miner sourdement sans la
« frapper immédiatement de mort. »

N'est-ce pas encore le cas des poisons de l'intoxication,
urémique chronique ?

« On admet quatre grandes formes d'encéphalopathie
« dans l'empoisonnement saturnin, ce sont :

« 1^o Le délire ou manie saturnine ;

« 2^o L'épilepsie ou plutôt l'éclampsie saturnine ;

« 3° Le coma saturnin ;

« 4° La forme mixte qui reproduit quelques-uns des caractères qui se trouvent dans chacune des autres variétés.

« Reste enfin une cinquième forme, la forme apoplectique, qu'on rencontre très rarement. »

« La manie saturnine peut s'observer sous trois formes ;

« 1° La manie aiguë, c'est l'ivresse du plomb ;

« 2° La pseudo-paralysie générale saturnine ;

« 3° La démence saturnine. »

Nous n'avons pas rencontré d'observations pouvant être rangées dans les deux dernières de ces formes, peut-être que l'avenir permettra d'en trouver.

« Occupons-nous d'abord de la forme maniaque aiguë.

« Elle peut débiter par des prodromes, il en est ainsi dans les deux tiers des cas. Mais il ne faut pas oublier qu'elle peut débiter subitement. Quand les prodromes existent ils sont constitués, d'après Grisolle, par de la céphalalgie, de la tristesse, de la somnolence... Enfin il faut joindre à ces indices précurseurs, l'albuminurie saturnine, découverte par M. Ollivier. Enfin l'insomnie, les rêves pénibles ajoutent un dernier complément au tableau.

« Les troubles de la sensibilité ne sont pas moins nombreux ni moins divers. On observe surtout des troubles visuels, de la diplopie accompagnée ou non de strabisme, un affaiblissement de la vue et même une amaurose complète. La surdité peut aussi se rencontrer parmi les prodromes de l'encéphalopathie. Chez d'autres sujets la sensibilité tactile est surtout

« atteinte et l'on note des engourdissements, des fourmillements, des plaques d'anesthésie. »

Tous ces prodromes ne sont-ils pas entièrement analogues aux symptômes de l'urémie précédemment décrits ?

« Tels sont les prodromes ; mais, ils peuvent manquer, et manquent souvent. »

« Voyons maintenant quels sont les caractères du délire saturnin à l'état aigu.

« Les troubles intellectuels peuvent affecter trois formes différentes.

« Dans la première, le malade est atteint d'un délire furieux, il pousse des cris, il se porte à des violences il profère des obscénités ; il est pris en un mot, d'une agitation des plus intenses.

« Dans la seconde forme, il offre les signes de dépression profonde ; c'est un lypémaniaque, dont la tristesse est souvent traversée par des terreurs paniques.

« Enfin, il existe une forme mixte, où le sujet présente des alternatives d'excitations et de dépression coupées de temps en temps par des paroxysmes de violence extrême.

« A ces perturbations intellectuelles viennent se joindre les hallucinations qui, comme dans les autres délires toxiques, portent à peu près exclusivement sur la vue, les hallucinations de l'ouïe sont exceptionnelles dans l'empoisonnement saturnin.

« Enfin il faut signaler l'amnésie. »

« La durée de l'accès est habituellement courte ; elle peut couvrir quelques jours ou quelques semaines ;

« elle ne saurait s'étendre au delà, sans conduire à des accidents plus graves.

« Mais, d'une manière habituelle, la manie saturnine aboutit à la guérison..... Il faut cependant le savoir, la manie saturnine peut se terminer quelquefois la mort subite.....

Nous n'avons rien à changer à cette description, tout se ressemble dans l'encéphalopathie urémique et dans l'encéphalopathie saturnine, mêmes débuts, mêmes symptômes, même marche. Les seuls caractères différentiels que l'on puisse trouver sont ceux-ci : Dans l'intoxication plombique, on retrouve souvent la constipation, dans celle due aux matériaux urinaires on constate souvent les vomissements, ou la diarrhée ou bien les phénomènes pulmonaires, symptômes que nous étudierons par la suite.

Nous allons maintenant citer les observations que nous avons pu recueillir et qui se rapportent au sujet que nous traitons; nous allons y retrouver tous les symptômes si bien décrits par M. le professeur Ball dans l'intoxication plombique.

PREMIÈRE FORME. — « Le malade est atteint d'un délire furieux, il pousse des cris, il se porte à des violences, il profère des obscénités, il est pris en un mot d'une agitation des plus intenses.

Obs. XII de Hagen. Prise dans le *Mémoire* de M. Raymond (1). — Femme de 46 ans, à la suite de contrariétés, et après s'être refroidie, elle est prise d'albuminurie et d'un délire violent qui dura 6 jours, à l'autopsie petit rein contracté.

(1) In *Mémoire* de Raymond. *Arch. de médecine*, 1882.

Obs. XIII de Velks (1). — Employé de chemin de fer, avec néphrite interstitielle : accès de manie aiguë qui dura 3 jours.

Obs. XIV de Hasland (2). — Un jeune homme de 19 ans, bien portant jusque-là, est atteint de fluxion de poitrine au commencement de 1873. Il se rétablit mal, continue à tousser, perd ses forces et maigrit.

Le 6 septembre, il entre à l'hôpital de Copenhague; depuis 2 mois il lui est survenu de l'œdème des paupières et des pieds, des vomissements répétés, des douleurs dans les lombes.

Les urines étaient abondantes, les mictions fréquentes.

Les urines renferment une grande quantité d'albumine et des cylindres de divers ordres.

Amélioration par le régime lacté.

Au commencement d'octobre, nouvelle exacerbation, diminution de l'urine, nausées, vomissements, céphalalgie, ascité, somnolence.

29 novembre. — Subitement le malade est pris de délire et d'angoisse, les muscles de la face sont agités de convulsions. Vers le matin le délire devient furieux, le patient est tourmenté par des hallucinations, il ne reconnaît pas les personnes qui l'entourent. Cet état maniaque persiste ainsi jusqu'à la moitié de mars, le sommeil est rare, les accès de manie furieuse revenaient à de fréquents intervalles. La voracité et la saleté du malade étaient extrêmes; il présentait, en un mot, les dehors d'un vulgaire maniaque. Cependant l'œdème de la face et des extrémités persistait, ainsi que l'ascite.

Dès les premiers jours de mars, le patient devient plus calme et cette amélioration augmenta et se maintint assez pour qu'il pût rentrer dans sa famille à la fin du mois.

L'urine avait presque disparu, les urines n'étaient pas modifiées.

Pendant l'été le malade put sortir et s'occuper; cependant l'œdème réapparaissait de temps à autre.

(1) *Arch. de médecine*, 1882, Raymond.

(2) *Prise in thèse* de Bouvat.

Il ne restait comme trace des troubles mentaux qu'un certain affaiblissement de la mémoire.

Après des alternatives de mieux et de pis, le malade succombe au commencement de 1875, dans le collapsus, à la suite d'une nouvelle attaque d'urémie. Il ne s'était produit ni convulsion, ni délire.

Autopsie. Injection de la pie-mère. Exsudat gélatiniforme récent sur la convexité des hémisphères. Légère quantité de sérosité dans les ventricules qui ne sont pas dilatés.

Hypertrophie considérable du ventricule gauche avec insuffisance mitrale.

Atrophie granuleuse des reins, à droite surtout, substance corticale presque entièrement disparue.

Obs. XV recueillie par le Dr Griveaud (1). — M^{me} X..., âgée de 41 ans. La malade a perdu son père d'une attaque d'apoplexie.

Sa mère est morte d'une affection cardiaque.

Le père était, dit-on, très nerveux ; la mère, très calme.

Pas de cas de folie dans la famille.

Dès l'âge de 15 ans, la malade fut soignée comme chlorotique.

Sa santé générale, à part cette anémie, a toujours été bonne.

Mariée à 20 ans, M^{me} X... a eu 4 enfants. A l'époque de la première couche elle fut prise, pendant l'état puerpéral, d'une attaque de manie aiguë ; elle ne pouvait plus voir son mari, qu'elle aimait beaucoup. La folie cessa au retour des époques.

Lors de la deuxième couche, nouvelle attaque de manie, mais celle-ci fut moins violente et moins longue.

La troisième et la quatrième couche se sont passées sans accident.

Vers l'âge de 39 ans, rhumatismes sub-aigus, ayant duré assez longtemps.

La maladie actuelle a débuté vers le milieu de juin, par la bouffissure de la face et le gonflement des jambes.

Quinze jours après, éclataient les accidents délirants.

Etat actuel le 20 juillet 1881 : La figure est pâle, bouffie, léger œdème du dos de la main gauche. Les deux jambes sont démesurément grosses. Pâleur générale de tous les téguments.

(1) *In* Mémoire de Raymond.

Pouls petit, régulier, 98 pulsations. Battements de cœur normaux, pas d'augmentation de la matité cardiaque. Rhythme régulier, l'organe n'est pas impulsif.

L'examen de la poitrine montre l'existence de râles muqueux, superficiels aux deux bases.

Dyspnée intense venant par accès et s'accompagnant de menace de suffocation.

Œdème assez considérable des parois de l'abdomen, pas d'ascite.

Urines peu abondantes, environ 600 gr. dans les 24 heures, foncées en couleur, contiennent une forte quantité d'albumine.

La malade, quoique très oppressée, est assez calme : elle répond bien aux questions qu'on lui adresse, mais, si on fixe son attention pendant trop longtemps, elle divague, répond des mots sans suite, des phrases incompréhensibles, sans rapport avec la question.

Diète lactée absolue. Ventouses sèches.

La journée a été relativement assez calme. Il n'en fut pas de même de la nuit.

Vers 9 heures du soir la malade fut prise, tout d'un coup, de délire érotique. Elle voulait absolument cohabiter avec son mari, disant que le coït lui était nécessaire, puisqu'elle avait des ardeurs de la matrice. Sans cesse elle enfonçait ses doigts dans le vagin, et, pour lui complaire, la sœur de garde dut lui faire des injections d'eau froide.

Bientôt M^{me} X..., femme de bonne société, invectiva la sœur, la traitant de fille publique, etc. Dans le milieu de la nuit sa fureur se tourna contre son mari et contre son beau-frère. Il faudrait employer le vocabulaire des Halles, dans ses basses expressions, pour avoir une idée du langage tenu par la malade. Il en fut ainsi toute la nuit. Insomnie complète.

21 juillet. — L'état général est le même que la veille. Le délire persiste, aussi accentué pendant la nuit. Ce jour, vers 4 heures, on dut employer la force pour empêcher la malade de sortir. Sans cesse elle change de place, elle va d'une chambre dans l'autre.

Il a été impossible de recueillir toute la quantité d'urine rendue, elle est toujours très albumineuse.

Continuation du régime lacté. Potion avec Julep gommeux, 120 gr. ; eau de laurier cerise, 10 gr. ; bromure, 6 gr.

22 juillet. — La nuit a été aussi mauvaise que la précédente, le délire (toujours de même nature) aussi accentué.

Du 23 au 26, aucun changement.

Le 27, la malade depuis 24 heures a rendu une grande quantité d'urine, environ 4 litres. Toujours de l'albumine, peut être moins.

Les troubles intellectuels sont très amendés. Pendant la plus grande partie de la journée la malade est calme, sa conversation à peu près sensée. On suspend l'usage du bromure et on continue le régime lacté.

28 juillet. — La nuit a été beaucoup moins agitée que les précédentes. Le matin, dyspnée assez forte. Rien à l'auscultation. On prescrit 30 grammes d'huile de ricin.

Le 29 juillet. — Nuit assez calme, mais sans sommeil, la dyspnée, moins forte que la veille, finit par disparaître dans la soirée. Vers 7 h. 1/2 du soir la raison qui, depuis environ 24 heures, était revenue, se perd de nouveau.

30 juillet. — La malade divague, elle parle sans cesse de toute espèce de choses, les idées sont sans suite, sans objet défini. Sa conversation roule sur 2 ordres de faits, tantôt accès de délire religieux pendant lequel elle invoque la Vierge, les Saints, tantôt, au contraire, le délire absolument ordurier, est accompagnée d'attouchement vers les parties génitales.

Les jours suivants, du 31 juillet au 15 août, furent caractérisés par les mêmes troubles intellectuels. Le délire est tantôt accusé, bruyant, tantôt atténué, présente continuellement les mêmes particularités cliniques. Urines fortement albumineuses.

16 août. — M^{me} X... se plaint d'un léger point de côté sous le sein droit. La nuit a été très mauvaise, très agitée, la malade semblait, au dire de la garde, avoir la fièvre. On constate, en même temps que l'élévation de la température, tous les signes d'un épanchement plurétique droit.

Le régime lacté est continué. De plus on donne 20 gouttes de

teinture de digitale à prendre dans la journée. Badigeonnage iodé sur le côté droit.

17 août. — Agitation extrême, sans cesse, la malade change de place, elle n'est pas plutôt assise dans une chambre, qu'elle veut aller dans une autre. Elle prétend s'être remariée dans la nuit avec son beau-frère ; elle le traite comme le véritable époux, tandis qu'elle appelle « Monsieur » son mari. Si l'on cherche à la dissuader de cette erreur, elle entre en fureur, et injurie tous ceux qui sont autour d'elle.

Par contre, quelques instants après, elle invoque Notre-Dame de Lourdes, représentée par une vierge en plâtre placée sur la cheminée de la chambre.

L'épanchement pleural n'est pas changé. Les jambes sont toujours très œdématisées, ainsi que la face et le dos des mains.

La malade étant revenue à Paris, il est actuellement possible de se rendre compte de la quantité d'urine et de procéder à une analyse.

Urine, 520 grammes, de couleur jaune pâle, de densité 1000, réaction acide, albumine 8 gr. 80 (par litre). Urée 7 gr. 65 par litre. Acide urique 0 gr. 29. Au microscope, quelques cylindres épithéliaux.

18 août. — Aucun changement dans l'état général. Régime lacté, 30 gouttes de teinture de digitale.

19 août. — La malade qui, depuis quelques jours, est constipée, prend 20 grammes d'eau-de-vie allemande. Selles abondantes, sereuses.

20 août. — Un peu moins d'agitation. L'épanchement a diminué sensiblement à partir de ce jour, jusqu'au 28 mieux sensible, non pas que l'état délirant ait complètement cédé, mais il est moins continu et surtout moins intense.

29 août. — Accès violent de dyspnée, malgré la disparition à peu près complète de l'épanchement. Respiration courte, précipitée, et ayant le type de Cheyne-Stokes.

Pouls petit, rapide, extrémités froides, cyanosées, lèvres bleuâtres.

On donne du café et 4 grammes d'acétate d'ammoniaque, sinapismes sur le thorax et sur les jambes. Vers 4 heures du

soir, la dyspnée diminue d'intensité. Il est à remarquer que pendant presque toute la journée, le délire a été à peu près nul; la malade parlait difficilement, la voix était faible, mais les idées avaient plus de netteté.

30 août. — On reprend l'usage de la digitale. Le lendemain, après une nuit relativement bonne, la malade est reprise d'agitation. Cependant l'état général est meilleur, et en 24 heures il y a eu 4 litres d'urine rendus.

2 septembre. — Les jambes sont beaucoup moins œdémateuses, il n'existe plus de trace de la pleurésie. La malade est plus calme. Il en est ainsi jusqu'au 9 septembre. Pendant toute cette période, sous l'influence du lait et de la digitale, la sécrétion urinaire se maintient à 3 litres environ.

Le 10, M^{me} X... est reprise d'un véritable accès de manie, sans cesse elle pousse des cris perçants. Elle se lève, se promène de pièce en pièce.

Pendant les périodes de calme, elle tient des discours étranges. Les idées n'ont aucune suite, et la malade passe d'un sujet à l'autre avec la plus grande facilité. Tantôt elle se croit au milieu d'un salon, elle adresse la parole à des êtres imaginaires, tantôt elle prend les personnes présentes pour d'autres, et elle leur parle un langage en rapport avec ses idées du moment; d'autres fois elle revient aux conceptions lubriques ou aux conceptions religieuses.

L'urine rendue en moins grande quantité, est toujours fortement albumineuse. La température est normale.

11 septembre. — Nuit très agitée, au matin la malade très fatiguée, a de nouveau le visage bouffi, et les jambes œdémateuses. Délire incessant.

12 septembre. — M^{me} X... après avoir un peu sommeillé, est prise vers 5 heures du matin, d'une grande agitation. La garde cherche à lui faire boire du lait, et pour cela est obligée d'employer la force. Au moment où on introduit le lait dans la bouche, M^{me} X. pâlit et meurt en quelques minutes.

L'autopsie n'a pu être faite.

Obs. XVI, de M. Barié (1). — Une jeune dame de 30 ans, d'une excellente santé antérieure, tombe malade le 10 mai 1883; le début de l'affection est peu net et les seuls accidents consistent tout d'abord en grande courbature, céphalalgie assez vive, perte d'appétit, constipation avec apyrexie complète. Cet état, que j'avais attribué tout d'abord à un embarras gastrique saisonnier, persiste pendant trois jours sans amélioration aucune, malgré l'emploi d'un purgatif salin prescrit au début; mais dès le quatrième jour la situation s'aggrave brusquement, la céphalalgie devient extrêmement vive, la fièvre s'allume, le pouls est à 112, la température axillaire s'élève à 38°4; la malade accuse de violentes douleurs dans la région lombaire, l'état général est mauvais; tantôt c'est la prostration avec adynamie qui prend le pas, tantôt c'est une vive agitation avec délire, cauchemars nocturnes, hallucinations. L'apparition de semblables symptômes accompagnés de rachialgie intense me fit de suite examiner les urines; celles-ci sont rares, d'une coloration foncée, un peu mousseuses; traitées par la chaleur, puis par l'acide acétique, elles laissent déposer une énorme quantité d'albumine.

Pendant quelques jours, les choses restèrent dans le même état; les urines examinées matin et soir sont très albumineuses, la température varie entre 38°4 et 38°9, le pouls de 100 à 132; l'adynamie est persistante et s'accompagne bientôt d'un état typhoïde grave. Langue rôtie, diarrhée, insomnie persistante, agitation nocturne; la rachialgie est moins vive, mais toujours manifeste.

En face d'un état pathologique aussi complexe, j'hésitais beaucoup à porter un diagnostic; deux hypothèses surtout me paraissaient admissibles: celle d'une fièvre typhoïde à forme rénale ou plus simplement une néphrite aiguë avec accidents typhoïdes on infectieux. L'absence d'épistaxis et de manifestations vers les voies respiratoires, l'état déprimé du ventre, le volume normal de la rate, le manque d'éruption rubéolique vers le neuvième jour rendaient improbable l'hypothèse d'une dothiënenterie; d'autre part, si le diagnostic de néphrite aiguë

(1) *Gazette Hebdomadaire* du 18 septembre 1885.

s'appuyait solidement sur la fièvre, les douleurs lombaires et l'albuminurie, l'absence d'œdème s'élevait contre un pareil diagnostic. D'autre part, il était impossible de trouver la moindre cause à cette néphrite aiguë, et c'était plutôt vers cette affection que penchait mon diagnostic.

Le traitement fut institué dans ce sens et consista en applications de ventouses scarifiées sur la région lombaire, l'usage du tanin ou de l'acide gallique à l'intérieur et le régime lacté exclusif.

Malgré le traitement, l'état de la malade allait s'aggravant chaque jour ; aussi fut-il décidé, de concert avec la famille, de prendre l'avis de mon maître, M. Potain.

Après un long examen de la malade, il ne fut pas possible d'affirmer un diagnostic définitif et M. Potain, acceptant les deux hypothèses que j'avais proposées tout d'abord, insista sur la nécessité de continuer la médication astringente associée au régime lacté. Pendant 20 heures environ, l'état de la malade resta stationnaire ; mais le surlendemain même de notre consultation, les choses prirent un autre aspect et le pronostic sembla s'aggraver encore. La malade, en effet, est prise d'un accès de manie aiguë des plus intenses. Elle est dans un état d'agitation constante, pousse des cris, des hurlements, elle ne reconnaît personne autour d'elle, et ne cesse d'adresser des injures ou de faire des menaces à ceux qui l'entourent.

Le plus souvent, cette jeune dame, dont l'éducation est parfaite, est entièrement nue dans son lit, elle repousse les draps, déchire la chemise dont on veut la vêtir ; à la tombée de la nuit, l'excitation maniaque est à son comble, la malade a des hallucinations effrayantes, elle voit des monstres autour de son lit ; d'autres fois elle converse à haute voix avec son père, mort depuis deux ans environ. L'état général restait le même, les urines toujours albumineuses, la fièvre persistait, mais l'agitation de la malade n'a pas permis l'application du thermomètre.

Devant cette aggravation de tous les symptômes, la famille très inquiète, et à juste titre, voulut prendre un troisième avis, et M. Hardy fut appelé en consultation.

Les phénomènes d'excitation cérébrale attirèrent surtout son attention et il crut pouvoir déclarer, avec quelques réserves cependant, que la malade présentait un ensemble de phénomènes qu'on pouvait rapporter à une méningite aiguë et fut d'avis d'appliquer un vésicatoire à la nuque.

La malade cependant restait dans le même état, l'excitation maniaque persistait dans toute son intensité, et cette jeune dame était dans le plus pitoyable état : le facies égaré, presque aphone à la suite de ses vociférations qui ne cessaient ni jour ni nuit, considérablement amaigrie, refusant de prendre toute espèce de nourriture ou de boisson, sans cesse menaçant tous ceux qui l'entouraient. L'insomnie était rebelle à tout traitement : les bromures, le chloral restaient impuissants et rien ne pouvait diminuer cette excitation incessante.

Dans de pareilles conditions, la surveillance de la malade devenait des plus difficiles, à chaque instant celle-ci se levait brusquement de son lit, courant aux fenêtres et aux portes cadénassées avec soin et entraînait en lutte avec les personnes chargées de la veiller.

Je priai alors mon maître, M. Mesnet, de vouloir bien prendre la malade dans sa maison de santé et d'en diriger le traitement ultérieur.

Dès son entrée chez M. Mesnet, la malade cessa de présenter de l'albumine dans les urines, la fièvre tomba assez rapidement, seul le délire maniaque persistait dans toute son acuité.

Cinq mois environ se passèrent ainsi, la malade présentant des alternatives d'excitation au plus haut degré et de calme relatif. Peu à peu, l'appétit revint, les règles supprimées pendant la période aiguë, reparurent, et l'état mental était assez bon pour que la malade, sur les instances de sa famille, put être autorisée à rentrer chez elle, tout à moins à titre d'essai.

Après 10 jours passés au milieu des siens, la malade redevenait inquiète, agitée, perdant tout sommeil ; on dut la ramener à la maison de santé, où elle fit un nouveau séjour de près de 2 mois. Au bout de ce temps, la malade rentrait chez elle entièrement guérie. Or ceci se passait il y a dix-huit mois environ ; depuis cette époque j'ai l'occasion de revoir cette

jeune dame très fréquemment et je puis certifier que la guérison est complète.

La malade a repris la vie commune, elle préside à l'éducation de ses enfants, et son intelligence, remarquable à plus d'un titre, n'a pas subi la moindre atteinte. Elle se souvient de la plupart des incidents de sa maladie, sauf de la période aiguë qui a marqué le début de l'affection.

M. Barié fait suivre cette observation de quelques remarques, parmi lesquelles nous relevons que la mère et le frère de la malade sont entachés de nervosisme, mais que la malade elle-même n'a jamais présenté le moindre signe de nervosisme.

DEUXIÈME FORME. — Dans la seconde forme, le malade offre des signes de dépression profonde; c'est un lypémanique, dont la tristesse est souvent traversée par des terreurs paniques (1) ».

Obs. XVII, de Alling (2). — Urémie à forme lente, insidieuse. — Femme de 50 ans, paraît avoir souffert de gastralgie à *miseria*. Anémiée, apathique, regards vagues, réponses lentes; nausées, vomissements. Elle est considérée comme *hypocondriaque* et *mélancolique*. Depuis son entrée, elle continue baisser, dort constamment, l'air hébété.

15 janvier. — Anurie depuis deux jours, œdème des jambes.

Le 25, dyspnée.

Le 26, épanchement à droite.

Le 27, mort.

Autopsie. — Un des reins est transformé en une coque contenant de l'urine claire, l'autre est dégénéré; les pyramides de Malpighi sont atrophiées.

Les deux uretères sont très dilatés, ils se perdent en se

(1) *Ball. loc. cit.*

(2) *In thèse de Bouvat.*

retrécissant au milieu d'un tissu rétracté existant autour de l'utérus, résultat évident d'une ancienne périmétrite.

C'est donc là un exemple d'urémie consécutive à une ancienne périmétrite qui a gêné le cours des urines dans les deux uretères.

Obs. XVIII, de Hagen (1). — Mélancolie et agitation maniaque chez un albuminurique chronique. Mort par gangrène pulmonaire.

A l'autopsie, hydronéphrose droite et à gauche petit rein atrophié de néphrite interstitielle.

Obs. de Hagen (1). — Manie religieuse puis mélancolie chez un homme de 25 ans, depuis longtemps albuminurique chronique avec nécrose du tibia,

A l'autopsie, rein brightique.

Obs. XIX, de Jolly (2). — Fille de 14 ans, bien portante. Refroidissement puis céphalée, fièvre et albuminurie. Bientôt idées délirantes, *stupeur*, et refus de manger. On la nourrit par cathétérisme œsophagien.

Après quelques jours augmentation de l'albuminurie et rétention d'urine.

Trois semaines après l'albumine diminue puis disparaît, mais troubles cérébraux persistants et hallucinations.

Guérison progressive ; les phénomènes mentaux cèdent peu peu.

Obs. XX. M. Lecorché (3) signale dans les *Etudes médicales* le cas d'un malade de sa clientèle, atteint de troubles maniaques de durée passagère, mais qui firent enfermer le malade.

Il avait du délire des persécutions, craignait qu'on ne l'empoisonnât, et refusait tout aliment.

(1) In mémoire de Raymond.

(2) *Berlin Klin. Woch.*, 26 mai 1873.

(3) *Etudes médicales*.

Ces accidents s'étaient montrés en même temps que disparaissait la polyurie et disparurent quand elle revint.

Obs. XXI, recueillie dans le service de M. Dieulafoy (1). — Ch... Louise, lingère, entrée le 14 février 1885, salle Barth, n° 21. Amenée sans connaissance le 14 au soir, avec un certain degré de contracture dans les mains, contractures ayant disparu rapidement, cette malade ne peut donner aucun renseignement.

Elle se balance sur son lit d'avant en arrière, regarde d'un air hébété ceux qui l'entourent et ne répond pas aux questions.

Elle répond à tout par ces mots : « J'ai soif... Un lavement. »

La langue est sèche, rôtie ; le ventre est ballonné, douloureux.

Il n'y a aucune trace de violence sur le corps, pas de morsures de la langue, pas de paralysie ni d'anesthésie.

Pas d'œdème de la face ni des jambes.

Les urines ne contiennent pas de sucre, mais une très légère quantité d'albumine.

Rien aux poumons ni au cœur.

Diagnostic. — Urémie à forme cérébrale. Traitement : régime lacté. Digitale.

16 février. — La malade a été très agitée toute la nuit, on ne peut la faire tenir en place, elle veut se lever sans cesse malgré les planches qui l'en empêchent. Cataplasmes synapisés sur la région lombaire.

17-18 février. — L'état est toujours le même. La malade a tout-a-fait les allures d'une folle.

Tantôt c'est l'idée de suicide qui domine, elle est trop malheureuse, elle voudrait mourir, elle se tuera si cela continue ; puis un instant après elle se met à pleurer, elle a peur de mourir.

Elle se plaint de douleurs, tantôt dans le ventre, tantôt dans la poitrine.

Puis elle est prise de peur, tout le monde lui en veut, l'infirmier, le chef, les élèves, tout le monde lui fait peur.

(1) C'est cette observation qui a fait le sujet d'une communication à la Société des Hôpitaux.

Elle croit qu'elle a commis un crime, elle est tourmentée par les remords, par un secret qu'elle n'ose révéler, mais qu'elle voudrait confier à quelqu'un, elle commence des phrases puis, au moment de prononcer le mot important, elle s'arrête comme effrayée et refuse de parler.

D'ailleurs, nous sommes tous des ennemis pour elle, nous voulons la faire arrêter et on la guillotinerait.

19 février. — Les jours suivants l'état général reste sensiblement le même, pourtant l'albumine a disparu.

22 février. — La malade a été très agitée toute la nuit; ce matin, il faut la tenir à trois personnes pour prendre sa température, elle arrache le thermomètre disant qu'elle n'est pas malade et qu'elle veut qu'on la laisse tranquille.

23 février. — Elle a encore été très agitée pendant la nuit, mais on remarque cependant des moments de calme complet et plus longs que précédemment.

En l'interrogeant doucement on peut obtenir quelques réponses à peu près raisonnables, elle reconnaît l'interne et lui donne la main. On lui dit de boire et elle boit.

Mais elle ne peut toujours rien dire sur ce qui l'a amenée à l'hôpital, elle ne sait pas où elle demeure, elle continue à dire qu'elle n'est pas malade.

24 février. — Mutisme absolu, la malade pince les lèvres et refuse absolument de répondre. Elle est ainsi depuis hier au soir, mais elle est très calme, elle prend un air de victime résignée à tout souffrir. Elle refuse de répondre au chef de service, et cependant sur la menace que l'on lui fait de lui couper la langue elle dit « non » puis rentre dans le mutisme.

26 février. — Elle répond un peu mieux, mais elle a toujours l'air craintif et concentré, elle est très calme.

2 mars. — La malade va beaucoup mieux, elle répond bien et donne des renseignements sur ses antécédents. Elle semble sortir d'un rêve, se rappelle qu'elle a été malade, mais ne se souvient pas encore de ce qui s'est passé depuis son entrée.

Elle dit avoir des douleurs dans la matrice, douleurs qui datent de longtemps et pour lesquelles elle a été soignée à Tenon.

Elle a aussi souffert longtemps de l'estomac, elle vomissait sans cesse et on lui a lavé l'estomac à Tenon pendant plusieurs mois. Actuellement elle se trouve bien.

5 mars. — Elle se trouve tout à fait guérie et demande à quitter l'hôpital. Elle est toujours bien au point de vue intellectuel, très calme, elle remercie tout le monde des soins qu'on lui a donnés. Elle consent à rester quelques jours dans le service.

7 mars. — Depuis deux jours la malade mange de la viande et du pain; dans la nuit elle est prise de vomissement et de grands maux de tête, elle a la langue très sale.

Vomitif et retour au régime lacté absolu.

Le 9, la malade souffre toujours de l'estomac et continue à vomir, même le lait; elle est tout à fait bien au point de vue intellectuel.

Maintenant elle se rappelle sa maladie. Quand elle est entrée à l'hôpital elle était déjà malade depuis trois ou quatre mois.

Elle avait des démangeaisons surtout dans le dos et sur les bras, démangeaisons si vives, « qu'elle se grattait au point de s'arracher la peau, et qu'elle prenait des bains pour les faire passer. »

Elle avait en même temps des fourmillements dans les membres.

A cette époque elle avait peu de maux de tête, elle n'a jamais eu le doigt mort, mais elle a eu des crampes dans les jambes.

« Je ne pouvais rester assise, je me levais et marchais jusqu'à ce qu'elles passent. » Une fois elle dût se promener toute la nuit.

Depuis trois mois elle vomissait presque tous les jours, à certains moments elle ne pouvait rien garder, pas même de l'eau sucrée.

Elle a aussi remarqué qu'à cette époque elle urinait beaucoup et souvent, elle devait se relever la nuit plusieurs fois, ce qui l'a inquiétée au point d'en parler à une voisine.

A son entrée dans le service, elle eût des bourdonnements d'oreille, de tels sifflements qu'elle croyait entendre un chemin de fer.

Jamais elle n'eût d'épistaxis avant son entrée, mais le 4 mars elle eût un saignement de nez abondant.

Elle se souvient moins bien de ce qui s'est passé depuis son entrée, elle se rappelle cependant avoir eu des cauchemars affreux : un jour tout le service lui paraissait déguisé, elle croyait voir « des pachas, des hommes des pays chauds, couverts de riches costumes, d'habits de toutes couleurs. » Elle nous voyait avancer vers son lit et était prise de peur.

Après c'étaient « des fleurs rares, des jardins magnifiques remplis de fleurs exotiques. » Puis, par moment, elle croyait qu'on voulait l'empoisonner, lui donner des « mauvaises choses. » Puis elle voyait défiler « des hommes de science, » elle a vu la statue d'Ambroise Paré.

D'autres fois, c'étaient des monceaux de bijoux, de dentelles de diamants ; elle a visité dans ses rêves des expositions de tous les pays.

On ne trouve en l'interrogeant aucun antécédent personnel ou héréditaire qui puisse expliquer cette manifestation cérébrale. Son père est mort d'apoplexie, sa mère de maladie aiguë, ni l'un ni l'autre n'ont jamais eu d'accidents nerveux.

Elle même n'était pas nerveuse, n'a pas eu la chorée.

12 mars. — Elle a eu quelques rêves pénibles pendant la nuit, et au réveil elle souffre d'un grand mal de tête.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

La malade a toujours des vomissements, elle se plaint toujours de douleurs dans les reins.

L'examen local a permis de constater un col gros, induré, mais pas de néoplasme.

29 mars. — Depuis le 12 les vomissements continuent malgré le régime lacté. Urine 800 grammes, 8 grammes d'urée par litre, pas d'albumine. L'intelligence est entièrement revenue, mais elle a l'air malheureuse.

1^{er} avril. — Urine 600 grammes, urée 11 gr. 5 par litre, pas d'albumine.

8 avril. — Urine 600 grammes, urée 11 gr. 5 par litre, pas d'albumine.

16 avril. — Urine 1200 grammes, urée 3 gr. 9 par litre, pas d'albumine.

21 avril. — Urine 2000 grammes, urée 5 grammes par litre, pas d'albumine.

Durant toute cette période la malade vomit, de deux jours l'un et ces vomissements se font sans aucun effort, par regurgitation surtout à l'occasion des mouvements.

Le 21 avril. — 3 litres de vomissements qui renfermaient 2 gr. 562 d'urée par litre.

Le 29 avril. — Urine 1000, urée 10 gr. 25.

1^{er} mai. — Les vomissements deviennent plus abondants et encore plus faciles. Douleur lombaire. Cautères dans la région.

Le 2, vomissements abondants.

Une fois dans l'après-midi, une autre le soir, elle perd connaissance, elle se sent s'évanouir, transpire à la face, crampes dans les jambes et les bras. La langue reste légèrement embarrassée.

En même temps contractures du côté des mains, le pouce est pris sous les autres doigts. La crise terminée elle revient tout à fait à elle. La langue n'est pas mordue, elle n'a pas eu d'écume aux lèvres.

On retire à la malade 30 grammes de sang avec ventouses scarrifiées, il renferme 75 centigrammes d'urée par litre.

3 mai. — Au moins 5 crises pareilles de 10 minutes de durée. Toujours vomissements, 500 grammes d'urine avec trace d'albumine.

4 Mai. — Pas de crise pendant la nuit.

A la visite du matin on est frappé du changement produit dans le facies de la malade depuis les deux derniers jours, la face est amaigrie, tirée; la malade paraît plus endormie que les jours passés.

Les vomissements sont continuels et à chaque instant elle a, devant nous, une crise de contracture des mains dont elle ne paraît même pas s'apercevoir.

Elle a conscience que sa vue baisse, qu'elle a du brouillard devant les yeux.

Urine 200 grammes, albumine 1 gramme par litre, urée 3 gr. 84 cent. par litre, (urines rendues du 3 à midi au 4 à midi.)

Traitement : Feuilles digitale en macération 15 centigrammes. Todd glacé, lait glacé.

5 Mai. — Depuis hier midi la malade n'a pas rendu une seule goutte d'urine.

La Tétanie continue. Vomissements incoercibles, 3 litres dans la journée, contenant 1 gr. 2 cent. d'urée par litre. Une selle diarrhique.

Le regard est hébété, la malade se plaint elle-même d'affaiblissement intellectuel, elle bredouille en parlant, comme si la langue était paralysée. Elle a des idées un peu confuses, veut se lever, mais n'a pas encore de véritable délire.

6 Mai. — Pas d'urine depuis hier.

A 7 heures du matin attaque éclamptique, avec grincements des dents durant 10 minutes, mouvements convulsifs des avant-bras et des mains, écume à la bouche, elle se mord la langue, on est obligé de lui ouvrir la bouche avec une cuillère.

La langue est sèche, rotie, sans fuliginosités.

Le regard est hébété, la bouche présente un rictus qui donne à la malade l'aspect de l'idiot satisfait.

Elle répond mal ou pas aux questions, mais paraît cependant les comprendre; elle donne la main quand on la lui demande.

A 11 heures deuxième attaque d'éclampsie. Saignée de 400 grammes difficile à faire, le sang sort mal, il est très noir et se coagule presque à la sortie de la veine. 1 gramme de choral en potion.

A midi, 1 heure et 1 heure et demie, trois attaques nouvelles.

A 4 heures du soir, nouvelle attaque dans laquelle la malade meurt.

Le sang de cette dernière saignée renfermait 80 centigrammes d'urée par litre.

Il est à remarquer que jamais la malade n'a eu d'œdème.

Autopsie. — Foie de volume normal, sain à l'œil nu.

Rate est très petite. saine.

Poumon gauche. — Surtout le lobe supérieur, avec adhérences. Congestion et œdème.

Poumon droit. — Œdème.

Uretères sains, non dilatés.

Vessie. Saine un peu épaissie.

Reins de volume normal, sont luisants à la coupe, l'épaisseur de la couche corticale paraît normale, il n'y a pas de kystes, la couleur en est plutôt rougeâtre. La capsule est légèrement adhérente.

Cœur. Est sain, non hypertrophié.

Utérus. Hypertrophie totale, metrite chronique avec dilatation de la cavité du corps, pas trace de tumeur.

Cerveau. Les méninges ne sont ni œdématisées ni épaissies.

Les ventricules ne renferment pas d'épanchement. En somme, aucune trace d'œdème cérébral.

Le cervelet et le bulbe ne présentent rien à noter.

Estomac. Les parois sont très épaissies; aux environs du pylore, il existe un tel épaississement qu'on croirait avoir à faire à un néoplasme.

Pas d'ulcération sur la muqueuse.

Intestin. Sain, pas trace d'ulcération.

Examen microscopique. Sur les coupes de la substance, corticales colorées au picro-carmin, il est facile de constater l'existence de quelques travées conjonctives, très rares, et anciennes, à côté de lésions beaucoup plus accentuées et probablement plus récentes portant sur les épithéliums.

Les coupes durcies dans l'acide osmique sont encore plus démonstratives sous ce rapport, on y voit de nombreuses boules hyalines dans les canaux sécréteurs à épithélium prismatique dont les cellules sont très malades. Du côté des glomérules les lésions sont moins diffuses, en ce sens, que la plupart sont sains ou presque, mais d'ici, de là on en trouve qui ont subi la dégénérescence fibreuse complète.

L'épaississement pylorique de l'estomac s'est montré formé par une hypertrophie considérable de la couche musculieuse, les glandes ont aussi subi l'hypertrophie.

TROISIÈME FORME. — « Enfin il existe une forme mixte, où le sujet présente des alternatives d'excitatio

et de dépression coupées de temps en temps par des paroxysmes de violence extrême (1) ».

Obs. XXII de Derignac (2). — Entrée le 20 juillet 1881, salle Sainte-Monique, n° 9. Cette malade, à son entrée, est en proie une dyspnée assez intense, et la respiration présente par intervalles le rythme de Cheynes-Stokes: les narines se dilatent tement à chaque inspiration, la face est pâle, bouffie, les yeux saillants, l'anxiété assez considérable.

La peau, sur toute l'étendue du corps, est blanche, les joues sont flasques, tremblotantes, les paupières bouffies, et il existe un œdème notable des membres inférieurs.

Le pouls est fréquent, irrégulier, les artères dures, flexueuses.

Les poumons présentent, ça et là, disséminés dans toute leur étendue des râles muqueux en petit nombre, ce qui contraste avec la dyspnée dont est atteinte la malade.

Température rectale 37°,6.

21 Juillet. L'état de la malade qui, la veille, nous avait empêché de pousser très avant notre examen, nous permet, après un repos de 24 heures, une étude plus approfondie.

Cette femme dit franchement n'être pas alcoolique. Elle n'a pas eu de fièvre éruptive, ni fièvre typhoïde, elle n'est pas syphilitique et n'a jamais eu de symptômes de goutte ou de rhumatisme.

Jamais elle n'a été soumise à une cause quelconque d'intoxication saturnine ou autre, elle n'a pas ingéré de substances réputées capables de produire une lésion rénale.

On ne trouve pas chez elle de trace de suppuration, elle n'est ni tuberculeuse ni scrofuleuse. Elle ne croit pas s'être jamais exposée à un refroidissement. Dans ses grossesses antérieures elle n'eût aucun signe révélateur de lésion rénale.

Jamais avant mars, de cette année, elle n'avait eu de palpitation ni de dyspnée.

En mars elle éprouva, à plusieurs reprises, des accès de dyspnée avec palpitations cardiaques et peu après le début de

(1) *Bull., loc. cit.*

(2) Mémoire de Raymond.

ces accidents, survint de l'œdème des paupières et des membres inférieurs.

L'aggravation rapide de tous ces phénomènes força bientôt la malade à entrer à l'hôpital.

Au début, dès les premières apparitions de sa maladie, elle n'a pas remarqué de troubles de la sécrétion urinaire. Elle ne sait si, à cette époque, elle eût du noctambulisme.

Elle n'éprouva pas, en tous cas, de douleurs des reins.

L'examen du cœur permet aujourd'hui, de reconnaître une hypertrophie notable ; la pointe bat dans le septième espace et en dehors du mamelon. Ses battements, de force modérée, présentent, à de rares intervalles, quelques irrégularités.

Il existe, à la pointe, un dédoublement du premier bruit, et à la base au premier temps, un léger souffle peut-être anémique. Le pouls est plus régulier que la veille mais il reste dur, et les artères sont rigides, flexueuses.

A l'examen des poumons, on trouve une légère exagération de la sonorité, la respiration est un peu humée, à la partie supérieure et il y a quelques râles disséminés, peu nombreux dans toute l'étendue des deux poumons.

Urines rares, fortement albumineuses.

27 *Juillet*. — La malade, dans la nuit, a eu un peu de *délire*, et paraît à la visite du matin assez hébétée.

Elle répond cependant, avec quelque netteté, aux questions qu'on lui adresse. Mais le soir même de ce jour, elle devient excitée, bavarde, *elle délire* continuellement et s'entretient sans-cesse avec des êtres imaginaires. Cependant, lorsqu'on attire son attention sur un point, on peut encore obtenir d'elle des réponses assez justes.

Le poumon, le cœur, et les autres organes ne présentent rien de nouveau à noter. Le pouls est un peu accéléré (100 puls.) Temp. rect. 38°.

28 *juillet*. — Délire continue. Vomissements incoercibles.

30 *juillet*. — Le délire est devenu plus intense et continu ; la malade cherche sans cesse à quitter le lit et profère quelquefois des menaces.

Bref elle est, à partir de ce jour, dans un état d'excitation

qui, jusque vers la fin de la maladie, nécessitera une surveillance très active.

L'expiration pulmonaire fait entendre un peu de souffle au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate droite; il existe aussi des râles muqueux assez gros aux deux bases.

La respiration est humée, comme au début, dans les parties supérieures de la poitrine. En avant et sous la clavicule gauche on entend quelques râles sous-crépitaux. Température rect. 40°.

3 août. — La malade qui jusqu'ici avait été très excitée présente aujourd'hui un peu de somnolence.

4 août. — La somnolence est remplacée par du délire assez bruyant, surtout la nuit, et les choses continuent ainsi, alternatives de somnolence et d'excitation jusqu'au 25 août, époque à laquelle la malade tombe dans le coma.

Ce jour, les signes du côté du cœur se modifient, les battements deviennent irréguliers, inégaux, mal frappés. Les poumons font entendre dans toute leur étendue des râles sous-crépitaux.

La dyspnée n'a pas cessé depuis le jour de l'entrée, et devient aujourd'hui extrême. Temp. rectale qui depuis le 30 juillet avait oscillé entre 39° et 40°, tombe à 37°6.

27 et 28 août. — Même état. Coma persistant. Température rectale 36°4.

29 août. — Temp. rect. 36°, coma continue, mort.

Autopsie. — Cœur gros, un peu flasque, ventricule gauche légèrement dilaté, muscle assez rouge. Pas de lésions valvulaires. Plaques d'athérome dans l'aorte.

Poumon. — Lésions de l'emphysème chronique. Dans leur moitié inférieure et principalement à la base, leur densité est sensiblement accrue. La coupe, à ce niveau, laisse écouler une assez notable quantité de liquide séro-sanguinolent, et montre ça et là, quelques noyaux de broncho-pneumonie et aussi quelques infarctus.

Reins. — Un peu augmentés de volume, la capsule est amincie, peu adhérente, et cependant, en l'enlevant, on entraîne quelques parties du parenchyme rénal; à la surface de l'organe

on voit des éminences assez volumineuses, plus volumineuses de beaucoup qu'elles ne le sont dans le rein contracté, et de couleur franchement jaune opaque.

Cet aspect se retrouve, à la coupe, dans l'épaisseur du parenchyme, qui partout ailleurs est fortement congestionné et rouge.

Cerveau. — Pâle, un peu mou. Les ventricules contiennent plus de liquide qu'à l'état normal, et les circonvolutions paraissent comme tassées, affaissées.

Rien à noter dans les autres organes.

L'examen histologique permet de constater.

Reins. — Sur toutes les coupes, lésions d'arterite chronique.

L'endothélium est boursoufflé sur quelques artères, et au-dessous de lui se voient de nombreux noyaux. Les tuniques externes et moyennes, épaissies en masse, sont sur la plupart des vaisseaux, absolument confondues entre elles, et constituées par tissus fibreux à l'état adulte.

Les zones les plus externes de ce tissu fibreux sont infiltrées de noyaux embryonnaires qui se confondent avec des productions semblables disséminées dans toute l'épaisseur du parenchyme rénal.

Presque tous les glomérules contiennent des noyaux embryonnaires, quelques uns sont absolument atrophies, d'autres sont réduits à une masse fibreuse. Enfin, il s'en trouve ou on rencontre indépendamment des noyaux embryonnaires, les lésions de la néphrite épithéliale. Ils sont beaucoup plus volumineux qu'à l'état normal et fortement troubles et opaques.

Toute la substance labyrinthique est le siège d'une prolifération active de tissu conjonctif. Quelques tubes ont gardé encore leur calibre ordinaire et les cellules qui les recouvrent paraissent saines, mais les tubes sont plus écartés que normalement. Il est des points, d'autre part, où leur atrophie est de toute évidence.

Par places, les lésions interstitielles sont moins avancées. En ces points les tubes urinifères, les tubes contournés sont augmentés de volume, quelques uns sont remplis de cellules ou

de leur débris, ou de cylindres. Enfin, sur d'autres tubes les cellules semblent intactes, et paraissent seulement plus volumineuses qu'à l'état sain.

Foie. Il présente tous les caractères du foie cardiaque.

Prolifération conjonctive au niveau des espaces et des fissures, la veine centrale se montre simplement dilatée sans prolifération conjonctive.

Cœur. — Artérite et périartérite.

Poumons. — Infarctus, noyaux de broncho-pneumonie.

Analyses des urines pratiquées par M. Chapatel, externe du service :

	Réaction.	Quantité.	Urée par litre.	Albumine.
20 juillet.	Acide	1.450 gr.	129.610	Oui.
21 —	—	1.100	13.801	Non.
22 —	—	1.000	17.654	—
23 —	—	980	16.393	Traces.
24 —	—	1.200	13.871	Non.
25 —	—	1.225	12.610	—
26 —	—	1.250	10.088	—
27 —	—	1.200	12.610	—
2 août.	—	200	8.827	Traces.
3 —	—	400	10.088	beaucoup.
4 —	Pas d'urine.			
5 —	Acide	300	11.349	—
6 —	—	500	12.610	—
7 —	—	250	11.349	—
8 —	—	150	8.347	—
9 —	—	150	8.347	—
10 —	—	40	10.088	—

Les jours suivants, beaucoup d'albumine, mais on ne peut analyser l'urée, la malade perdant ses urines.

Pendant tout son séjour, la malade a été au régime lacté exclusif et ne s'est pas levée.

OBS. XXIII de Scholtz de Brême (*Berl. Klin.*, Wolch. 1876.) (1)

Confiseur de 43 ans, sans antécédents morbides ni hérédité mentale, amené pour une affection brightique à l'hôpital de Brême, le 27 janvier. Il se trouve déjà à un état très avancé de sa maladie et son amaigrissement est extrême. Œdème des pieds et ascite peu intense. Pas d'hydrothorax. Excrétion médiocre d'urine et d'albumine.

Hypertrophie très considérable du ventricule gauche avec souffle, systolique. Pas de trouble de la circulation pulmonnaire. Apyrexie.

Rétinité caractéristique avec atrophie partielle et sclérose des fibres nerveuses, flexuosités épaississement et hyperémie des veines, état grisâtre de la papille, hémorrhagie et coloration blanchâtre au pourtour de la tache jaune.

Au moment de son entrée et durant les quelques jours qui suivirent l'état mental du patient fut parfaitement normal.

Mais au bout d'une huitaine, apparition d'un accès maniaque sans prodrome appréciable.

Placé sur son lit le malade est d'une gaité folle, il jase et rit continuellement, et lorsqu'on lui demande la cause de sa joie, il déclare rire des gens qui de la fenêtre et du plafond exécutent des grimaces si comiques.

Pour tout le reste, l'intelligence du sujet est demeurée nette. Cette exaltation joviale ne dura pas.

Dès le lendemain les hallucinations avaient pris un caractère sombre et menaçant; le malade voyait des individus se jeter sur lui pour le battre et le tuer.

Souvent il poussait des cris et sautait à bas de son lit pour échapper à ses bourreaux. Puis bientôt les hallucinations visuelles parurent s'évanouir, et le malade se calma.

Mais alors survinrent des idées fixes de persécution qui persistèrent jusqu'à sa mort; sa femme en voulait à ses jours, parce qu'il avait contracté en sa faveur une assurance sur la vie.

(1) Prise in thèse de Bouvat.

Jamais il n'y eut des hallucinations de l'ouïe ni d'autres symptômes urémiques qu'un coma qui précéda de 36 heures la terminaison funeste.

Obs. XXIV (1), recueillie dans le service de M. Pierret, à l'asile de Bron. — R..., veuve P..., tisseuse, 46 ans, née à Lyon; père et mère morts d'affection de poitrine, frère très sujet aux maux de tête.

Trois enfants, dont l'aîné a eu, au dire de la malade, plusieurs accès de délire passager.

Séjour antérieur à l'Antiquaille, il y a 6 ou 7 ans. La deuxième couche, il y a 20 ans, a été bonne, mais suivie de céphalalgie, d'abcès du sein, puis de crises qui paraissent avoir été éclamptiques.

Depuis, santé bonne; quelquefois maux de tête fugaces. La malade entre à Bron le 31 octobre 1882, elle vient de l'hôpital de la Croix-Rousse, où, dès le jour de son entrée, elle a commencé à donner des signes d'*aliénation mentale*. On la traitait pour une albuminurie par le bromure de potassium et le lait. Elle aurait beaucoup maigri depuis quelque temps. Albuminurie qui serait survenue à la suite de violents maux de reins. Pas de troubles moteurs ni sensitifs.

Etat intellectuel : un peu de délire des persécutions, avec hallucinations de la vue et de l'ouïe, la nuit elle voit et entend des personnes qui veulent la tuer.

De temps à autre refus des aliments, reste 3 ou 4 jours sans vouloir manger, paraît assez calme; la mémoire est un peu affaiblie.

Pendant les 15 premiers jours après son entrée, la malade est très agitée, elle ne dort pas la nuit; elle présente une incohérence maniaque très accusée, son écriture est tremblée.

Peu à peu l'agitation diminue, ainsi que l'incohérence.

25 janvier 1883. — Légère quantité d'albumine. Pas de sucre.

11 avril. — Urine, densité 1013, couleur très pâle sans albumine.

(1) Thèse de Bouvat.

Juillet. — On constate la présence de l'albumine.

26 juillet. — La malade répond assez bien aux questions ; elle est très loquace ; la mémoire est légèrement diminuée, la malade a de la tendance à embrouiller les faits ; elle se plaint de sa séquestration, elle se plaint des sœurs, de ses compagnes, mais sans idées de persécution bien nettes ; le caractère est bizarre, mais il est difficile de constater une idée bien manifestement délirante.

On remarque qu'elle délire plutôt quand elle est seule ; dans la cour elle fait des gestes bizarres, parle à des personnes imaginaires.

Elle demande souvent à écrire, elle est alors à peu près incohérente, avec tendance manifeste à l'exagération. Ses écrits sont cependant de plus en plus sensés depuis le mois d'avril.

La malade se plaint de battements, de douleurs dans les tempes ; elle a eu de légers bourdonnements d'oreille.

Bruit de galop au cœur, quelques palpitations, pas d'œdème, pas de vomissements.

La malade avoue qu'à plusieurs reprises elle a eu des accès de délire ; ce serait, dit-elle, à la suite de contrariétés, elle avait alors de violents maux de tête.

Urine très claire, densité 1,010, albumine.

Obs. XXV de Velks (1). — Jeune femme brightique, attaques éclamptiques avec manie aiguë. On fut forcé de la séquestrer quelque temps. Puis léthargie, enfin guérison au point de vue mental.

Obs. XXVI de Velks (1). — Homme de 43 ans, brightique. Petite quantité d'albumine. Attaque de manie aiguë avec hallucinations, puis période de dépression, le malade est concentré, inquiet, anxieux.

Bientôt délire des persécutions.

Enfin, après 34 jours, coma et mort.

A l'autopsie, épaissement de la dure-mère, exsudat gélatineux récent à la base du cerveau.

(1) *Journal of mental sciences*, 1874.

Enfin, ajoute M. Ball : « A ces perturbations intellectuelles viennent se joindre des hallucinations qui, comme dans les autres délires toxiques, portent à peu près exclusivement sur la vue, les hallucinations de l'ouïe sont exceptionnelles. » (1)

Outre les observations précédentes dans lesquelles les hallucinations sont signalées comme symptômes concomittants, nous mentionnerons les suivantes où elles ont existé seules ou à peu près.

Obs. XXVII de Perin (2). — Néphrite chronique. Urémie, phénomènes dyspnéiques, phénomènes cérébraux, délire, hallucinations. Recueillie par Perin, interne (3). — P..., peintre, âgé de 55 ans, entré le 15 avril, 1^{er} ext. gauche, hôp. Tenon.

Rien de particulier du côté de l'hérédité. Jamais de maladie antérieure.

P... n'a jamais eu d'accidents saturnins. Pas d'alcoolisme.

Depuis 5 ou 6 mois, le malade urine plus qu'autrefois. Il est sujet à de fréquents accès de dyspnée, accès qui le prennent indifféremment à toute heure de la journée ou de la nuit. Ces accès durent, dit-il, 4 à 5 heures, quelques troubles dyspeptiques.

Etat actuel : Homme très vieux d'apparence. Face blafarde, corps amaigri, léger œdème des membres inférieurs et dyspnée.

L'auscultation et la percussion de la poitrine n'indiquent rien de particulier.

Hypertrophie cardiaque, bruit de galop. Artères dures. Urines pâles rendues en abondance.

Urine 6 litres. Densité 1,000. Urée 1 gr. par litre. Albumine notable. Anorexie, nausées, lenteur de la digestion, constipation, haleine fétide.

Traitement : Deux verres d'eau de Sedlitz. Bouillons.

17 avril. — Le malade est anxieux, anhelant. Toujours assis au bord de son lit, il est d'une faiblesse extrême. Potion gom-

(1) Ball. loc. cit.

(2) Mémoire de Raymond.

(3) Mémoire de Raymond cité.

meuse avec 6 gr. d'acétate d'ammoniaque. Injection sous-cutanée d'éther.

Les 18, 19, 20 avril. — Etat général meilleur. L'oppression a presque complètement disparu.

21 avril. — Insomnie. Céphalalgie frontale vive. Urines foncées en couleur beaucoup moins abondantes, renfermant plus d'albumine. Lavement purgatif.

22 avril. — Œdème des membres inférieurs très prononcé. Délire tranquille, le malade divague, il marmotte sans cesse des paroles incohérentes; il voit sans cesse des cadavres, un cimetière, etc.

Lorsqu'on lui parle il revient à lui. On peut fixer son attention.

24 avril. — Vomissements fréquents, diarrhée séreuse. Le malade, quoique très épuisé, a l'intelligence plus nette que les jours précédents.

25 avril. — Les troubles digestifs persistent. Boissons froides. Potion de Rivière. Injection d'éther.

26 avril. — Les hallucinations sont revenues de nouveau. Cette fois le malade se plaint d'apercevoir des fantômes blancs; ils viennent l'entourer, ils veulent l'emporter. 4 gr. de bromure.

27 avril. — Rêvasseries continuelles auxquelles le malade se laisse aller lorsqu'on ne s'occupe pas de lui.

Tressaillements des mains. Par instants il semble prendre des objets qui flottent dans l'air au-devant de lui.

28 avril. — Même état.

29 avril. — Coma. Refroidissement général. Mort.

OBS. XXVIII de Perin. (1) — D. Antoine, âgé de 50 ans, employé de commerce, entre le 15 février.

Le père et la mère du malade sont morts subitement.

Durant leur vie, ils auraient eu, à différentes reprises, du rhumatisme aigu. D... a été bien portant jusqu'à l'âge de 35 ans. A cette époque, il eut une attaque de rhumatisme articulaire aigu généralisé durant 6 semaines. Quelques temps après palpitations.

(1) Mémoire de Raymond.

Depuis lors le malade a eu de temps en temps des douleurs passagères aux pieds et aux mains. Sujet aux migraines, il remplissait néanmoins facilement ses fonctions d'employé.

Il y a 2 jours sans cause connue il est pris pendant la nuit d'un violent accès d'oppression.

Depuis quelques mois il est obligé de se lever la nuit pour uriner.

Etat actuel. — Homme de haute stature, très pâle, blafard, ayant le visage bouffi, les paupières légèrement œdémateuses, et un léger degré d'œdème des membres inférieurs.

Pas de fièvre. Dyspnée excessive, inspiration difficile, expiration brève, très courte. Pouls petit, régulier.

Auscultation de la poitrine et du cœur, négative.

Urine peu abondante, couleur de bière, et contenant une grande quantité d'albumine.

Anorexie, constipation. Ventre ballonné, quoique assez souple, et non douloureux.

20 grammes d'eau-de-vie allemande. Bouillons.

16 février. — La purgation a provoqué de nombreuses selles, l'oppression est bien moins prononcée, 6 ventouses scarifiées de chaque côté de la colonne vertébrale, sur la région des reins. Régime lacté.

17 février. — La respiration est devenue presque normale. Régime lacté. Le mieux dura jusqu'à la fin du mois.

27 février. — Le malade se plaint d'une céphalalgie très vive qu'il localise à la région frontale, bourdonnement d'oreille, éblouissements. Léger accès de dyspnée, anorexie, troubles dyspeptiques, insomnie. 2 verres d'eau de Sedlitz.

2 mars. — Etat général assez bon, nuit plus calme.

5 mars. — Nouvel accès de dyspnée, pour la première fois on constate à la pointe du cœur, un bruit de pialement. Nombreux râles ronflants et sibilants, dans toute l'étendue de la poitrine, les bruits paraissent superficiels. Ventouses sèches. 20 gouttes teinture de digitale, régime lacté.

Amélioration graduelle, l'urine renferme peu d'albumine.

Le malade reste levé une partie de la journée.

20 mars. — Nuit très agitée. Oppression assez grande. Peau

sèche, état fébrile, température axillaire 39°2. Toux fréquente, quinteuse, crachats abondants légèrement teintés de sang.

A l'auscultation on entend dans toute la poitrine une pluie de râles sous-crépitaux. L'urine renferme de nouveau une très-grande quantité d'albumine. Ventouses sèches, sinapisme aux membres inférieurs. Potion avec sirop d'opium et oxyde blanc d'antimoine.

Les 21 et 22. — Même état.

Le 23. — Mieux sensible, les signes de la congestion pulmonaire ont disparu. On suspend tout traitement sauf le régime lacté.

1^{er} mai. — Dégoût insurmontable pour le lait, dyspepsie flatulente, vomissements verdâtres, diarrhée abondante, 2 verres d'eau de Sedlitz.

Le 4 mai. — Les troubles digestifs ont disparu, et cependant le malade s'amaigrit beaucoup. Il se plaint de céphalalgie, surtout la nuit, il a des cauchemars, des hallucinations de la vue.

Il voit par la fenêtre qui est en face de son lit, un régiment de cuirassiers, manœuvrant sur le toit du pavillon voisin. Il explique la marche des escadrons, la place des officiers, etc., il semble assister avec plaisir à ce spectacle. Lorsqu'on lui dit qu'il se trompe, il comprend parfaitement son erreur.

Si au bout d'un quart d'heure on revient au pied de son lit, on apprend que la vision persiste, qu'elle s'est reproduite, quelquefois elle change, au lieu d'un régiment de cuirassiers il aperçoit des hommes noirs qui dansent, qui se battent.

D'autres fois ce sont des lumières éclatantes, portées par des enfants ; ceux-ci chantent, il les entend distinctement. Malgré ses hallucinations le malade répond distinctement aux questions qu'on lui pose, et pour peu qu'on fixe son attention il est absolument lucide.

L'urine à cette époque est toujours fortement albumineuse, mais les manifestations pulmonaires et gastriques n'existent pour ainsi dire plus.

Du 4 au 18 mai, la santé générale se maintient à peu près

bonne, mais pendant toute cette période les hallucinations de la vue et de l'ouïe sont toujours très accentuées.

Le 17 mai. — Réapparition de la dyspnée, durant la nuit. Le matin à la visite l'oppression est très intense. Signes évidents de congestion pulmonaire. Crachats spumeux, abondants. Les hallucinations ont disparu. On donne 20 grammes d'eau-de-vie allemande.

Le 20 mai. — Le malade est beaucoup plus tranquille. Expectoration abondante, et légèrement fétide, crachats mucopurulents.

Le 21 mai. — Ses visions sont revenues pendant la nuit, il a vu et voit encore au moment de la visite une jeune fille qui vient se plaindre à lui d'être maltraitée. Il l'entend très distinctement et demande à ce qu'on vienne en aide à celle-ci.

Le 23 mai. — Affaiblissement général. Troubles digestifs. Urines albumineuses. Le malade parle sans cesse et croit donner des ordres à un cocher, lui dit d'aller à telle rue, de presser le pas de son cheval. Si on lui adresse la parole le délire cesse immédiatement et le malade rentre dans la réalité, pour en sortir aussitôt après ; alors il se met à chanter, à répondre à des voix imaginaires.

Le 24 mai. — D'après le dire du malade des individus sont venus pendant la nuit, ils l'ont battu et il se plaint beaucoup de souffrir de contusions.

Le 25 mai. — Etat délirant aussi marqué que la veille, insomnie complète.

Le 26 mai. — Œdème généralisé. Le malade se tient constamment assis sur le bord de son lit. Oppression très forte.

Congestion pulmonaire très accentuée avec souffle au premier temps à la pointe du cœur.

Le 27 mai. — Affaiblissement très prononcé. Le malade exhale une odeur infecte, cadavérique. Quand on lui parle, il pleure ou il rit ou se met à chanter.

Le 28 mai. — Coma. Le malade meurt à 2 heures de l'après-midi.

Autopsie. — 36 heures après la mort. Etat de décomposition avancée.

Reins beaucoup plus volumineux que des reins normaux, le droit 215 grammes le gauche 240 grammes ; sur la coupe dégénérescence graisseuse avancée. Endocardite mitrale paraissant récente. Œdème pulmonaire considérable, œdème cérébral sans lésions en foyer.

On voit que les manifestations délirantes de l'urémie sont loin d'être rares.

Ce délire, lorsqu'il existe avec d'autres signes de l'urémie, n'a que la valeur d'un symptôme ainsi que le fait remarquer justement M. Dieulafoy (1) ; mais lorsqu'il domine la scène ou lorsqu'il existe seul, il prend une grande valeur, d'abord parce qu'il est le seul indice révélateur de l'intoxication, et puis parce qu'il pourrait conduire à un diagnostic erroné, erreur d'autant plus regrettable que tout traitement qui ne serait pas exclusivement celui du mal de Bright serait nuisible au malade.

Lasègue, dans un mémoire paru dans les Archives de 1852, paraît disposé à refuser à l'intoxication urémique seule, la possibilité de développer le délire ; pour lui, il faudrait rechercher la véritable cause ailleurs, dans l'alcoolisme, dans le nervosisme ou l'hérédité. Nous pensons qu'actuellement, étant donné le grand nombre d'observations où ces prédispositions n'ont pas été notées, on est en droit d'admettre une forme spéciale de folie, de délire si l'on veut, imputable à l'intoxication urémique, au même titre qu'on admet une folie saturnine par exemple, ou alcoolique.

En allant même plus loin ne serait-on pas en droit de penser que l'encéphalopathie saturnine n'est qu'une manifestation de l'urémie ?

(1) *Société des Hôpitaux*, 10 juillet 85.

Cette hypothèse a déjà été émise par M. Ollivier, par M. Danjoy et peut s'appuyer sur l'existence de l'albuminurie chez les saturnins et sur la constatation fréquente d'une néphrite interstitielle.

Au point de vue de l'anatomie pathologique, pas plus ici que dans les autres formes cérébrales de l'urémie, pas plus d'ailleurs que dans les formes cérébrales des autres intoxications, on ne peut dire qu'elles sont les lésions.

On a bien, dans certains cas, trouvé un œdème plus ou moins marqué des circonvolutions, mais son existence n'est pas constante, on a bien signalé la présence d'un excès d'urée dans le cerveau, mais nous savons, depuis les travaux de M. Bouchard, que l'urée est surtout un diurétique.

Pour les autres produits toxiques de l'urine, nous ignorons si leur recherche a été faite dans le cerveau des malades morts dans ces conditions.

En tous cas nous ne pouvons pas actuellement décrire de lésions anatomiques, elles sont inconnues ; et si on est à peu près d'accord pour dire que c'est l'accumulation de produits toxiques dans les éléments nerveux qui amène les phénomènes dans l'encéphalopathie urémique, on ignore absolument quelles lésions anatomiques ces substances produisent.

Nous ne pouvons pas non plus prévoir les cas dans lesquels les phénomènes encéphalopathiques se montreront dans le cours de l'intoxication ; cependant, d'après M. Bouchard, il faudrait les redouter toutes les fois que le myosis commence à se montrer ; pour notre part, notre attention n'étant pas attirée de ce côté, alors

que nous observions les malades dont nous venons de relater les observations, nous n'avons pas recherché ce symptôme.

Il faudrait aussi, comme nous le verrons, redouter l'éclosion de ces phénomènes cérébraux, quand les vomissements cessent subitement chez un malade qui en était affecté depuis quelques temps. M. Bouchard a déjà signalé ce fait (1), et notre observation de Louise C... paraît démonstrative à cet égard. Les phénomènes cérébraux se sont montrés quand les vomissements ont disparu, et ont cessé en même temps que ceux-ci réapparaissaient.

L'absence ou l'existence de l'albuminurie, son intensité ne nous ont pas paru avoir de valeur au point de vue du développement de l'encéphalopathie, Bouvat (2) était déjà arrivé à cette conclusion.

Le degré de l'œdème ne paraît pas non plus avoir d'influence: la nommée Louise Ch... n'a jamais eu d'œdème durant toute sa maladie. Cependant nous devons mentionner l'opinion qui veut que les symptômes céphaliques se montrent quand l'œdème diminue et qu'il existe une sorte de balancement entre ces deux ordres de phénomènes.

PRONOSTIC. — Le pronostic de la forme cérébrale de l'urémique chronique est grave, non pas tant en lui-même puisque nous verrons que la plupart des manifestations encéphaliques peuvent guérir, mais parcequ'elle indique une intoxication profonde de l'organisme et que souvent elle précède l'éclosion d'un épisode aigu, souvent final.

(1) Thèse de Pongès 1877.

(2) Thèse citée.

La forme céphalalgique souvent est le prodrome d'une autre manifestation de la forme délirante, par exemple, qu'elle accompagne souvent, qu'elle précède presque toujours. Cependant, elle peut exister seule quelquefois et peut alors guérir ou s'amender beaucoup, notre observation X en est la preuve. Enfin elle peut précéder l'éclosion d'une attaque d'éclampsie ou du coma final..

La forme délirante peut aussi guérir : le malade peut retrouver l'intelligence et simuler une guérison complète, mais souvent aussi un nouvel accès se montre qui précède la terminaison par phénomènes convulsifs ou comateux.

On devra donc, en présence d'un accès de manie urémique, être très réservé sur le pronostic, prévoir la probabilité d'une amélioration dans les phénomènes intellectuels, d'une guérison apparente peut-être, mais on devra réserver absolument le pronostic terminal. De ce qu'une manifestation de l'intoxication a disparu, on n'est pas en droit de conclure que l'intoxication n'existe plus, et on doit craindre d'autant plus de nouvelles manifestations que les premières ont été plus violentes, indices d'une intoxication profonde.

FORME PULMONAIRE. — « D'après Rosentein (1) il
« existerait peu de néphrites diffuses dans lesquelles il
« n'y aurait pas de catarrhe bronchique. Quelquefois ce
« catarrhe est aigu et on peut en méconnaître la cause,
« le plus souvent chronique; il s'accompagne d'une
« expectoration abondante.

« La dyspnée est ordinairement très marquée par

(1) Traité des maladies des reins, p. 254

« rapport au catarrhe et d'après Rosentein elle s'expliquerait par l'affection du cœur concomitante. Quelquefois la dyspnée apparaît subitement sans trace de catarrhe, c'est l'asthme urémique de certains auteurs, pour Rosentein ce serait encore une manifestation de l'affection cardiaque. »

Nous ne pensons pas que toutes les manifestations dyspnéiques doivent être mises sur le compte de l'affection cardiaque. Souvent, en effet, on ne trouve aucun signe sthétoscopique permettant de reconnaître ces lésions pendant la vie ; on ne trouve ni hypertrophie, ni lésions valvulaires, et l'autopsie vient confirmer ces données cliniques (1).

Il faut admettre dès lors des lésions bien minimes, des troubles fonctionnels bien peu marqués pour que la percussion et l'auscultation ne permettent de constater aucun signe anormal, et pour que l'autopsie ne révèle dans le cœur aucune altération.

Au contraire, souvent on trouve des signes non douteux de lésions pulmonaires, d'œdème, de bronchite ; dans le cas où ces lésions n'existent pas, il nous paraît rationnel de faire jouer un rôle à l'état du sang qui renfermant en excès des produits de désassimilation devient par cela même plus ou moins impropre à l'hématose et crée certains symptômes dyspnéiques sans lésions appréciables, l'asthme urémique en un mot.

Lasègne (2) a décrit sous le nom de bronchites albuminuriques plusieurs des formes qui nous occupent actuellement :

« La plupart des manifestations pulmonaires, dit-il,

(1). Obs.

(2). Archives de médecine 1879

sont passagères, toutes sont mobiles, variables d'extension et d'intensité, impossible à immobiliser pendant la vie et sans fixité même après la mort. »

Il établit quelques types pour la facilité de l'étude, tout en reconnaissant qu'il n'y a dans cette division que peu de rigueur à cause des transformations que subissent ces types.

Nous donnerons ici un résumé de son travail.

1° *Œdème pulmonaire*. C'est la forme la plus commune; elle débute par des accès de dyspnée : le malade tousse peu ou pas en dehors des accès plus ou moins éloignés, mais il éprouve continuellement une certaine gêne respiratoire. A l'examen on trouve la respiration ample et pénétrante, la sonorité est normale, le nombre des respirations n'est pas augmenté. On trouve quelques foyers de râles crépitants sans souffle. Chaque foyer présente les caractères suivants :

« Au centre les râles sont très fins, puis décroissent jusqu'à la périphérie soit qu'ils deviennent moins nombreux, soit qu'ils deviennent plus lointains ; à la zone extrême affaiblissement de la respiration sans bruits adventices. »

Ces foyers n'ont pas de siège fixe ; tantôt ils occupent la région supérieure, tantôt le bas du poumon. Quelque soit leur siège ils n'occupent jamais un lobe entier.

D'après Lasègue rien ne peut simuler cette forme d'œdème pulmonaire, l'œdème des affections cardiaques étant hypostatique et par conséquent décroissant de la base au sommet.

Ces foyers sont de plus extrêmement mobiles ; Lasègue les aurait trouvés changeant de place durant la même auscultation.

Dans tous les cas, ils ne restent que quelques jours à la même place.

L'expectoration est nulle ou presque nulle ; il y a peu de toux, mais la dyspnée est très marquée. Elle s'exagère par accès spontanés, qui sont plus marqués la nuit que le jour et pendant lesquels le malade ne peut prendre la position couchée.

Le malade se plaint d'une oppression thoracique impossible à décrire.

Les accès se montrent à intervalles plus ou moins éloignés, et ne sont pas en rapport avec la quantité d'urine rendue, ni avec celle de l'albumine. Jamais ils ne s'accompagnent de fièvre.

Nous ajouterons à cette description de Lasègue, que dans certains cas l'œdème pulmonaire simule celui des affections cardiaques, et qu'il est dès lors généralisé plus ou moins aux deux poumons sans foyers bien nets ; cela se présente surtout dans les cas où, sous l'influence du mal de Bright, il existe un anasarque.

2^e forme. — Eveille l'idée d'une bronchite, d'une pneumonie superficielle ou d'une pleurésie.

En réalité ce n'est ni l'une ni l'autre.

Cette forme apparaît d'ordinaire après un certain temps d'existence de la maladie de Bright.

La maladie prend d'emblée toute son intensité, la dyspnée est encore ici intermittente.

A l'auscultation foyers plus ou moins étendus de râles crépitants, pas de souffle, ni retentissement de la voix, ni matité vraie.

Mais ici la lésion n'est pas comme plus haut, plus accusée au centre ; elle est en plaque aussi nette aux bords du foyer qu'à son centre

La toux est constante, s'exagérant durant les crises d'oppression, s'accompagnant de crachats muqueux ou muco-purulents, crachats mêlés de sang.

Chacun de ces foyers dure plusieurs semaines et reste fixé à la même place pendant son évolution.

La durée de chaque foyer est d'un mois environ ; il y a des foyers à divers degrés d'évolution.

3^e forme. — Forme de broncho-pneumonie, s'accompagnant de fièvre, le plus souvent la bronchite précède l'apparition de la broncho-pneumonie, puis apparaissent un ou plusieurs foyers de râles crépitants qui indiquent la localisation.

L'oppression est ici plus continue et présente des accès ; l'expectoration est abondante, sanguinolente.

L'auscultation donne les signes habituels des broncho-pneumonies.

L'affection dure plus ou moins longtemps, puis disparaît progressivement et plus ou moins vite. Cette forme guérit ordinairement. »

Dans toutes ces formes un phénomène dominant se montre c'est l'existence d'accès d'oppression plus ou moins marqués se montrant principalement pendant la nuit. Nous allons retrouver dans la forme suivante étudiée surtout par M. G. Sée, ces accès de dyspnée portés à leur summum et de plus ne s'accompagnant pas de lésions constatables ou du moins de lésions très peu marquées.

C'est à cette forme que convient le nom d'asthme urémique. En effet le plus souvent en pleine santé apparente, les premiers symptômes de l'intoxication se montrent la nuit sous forme d'un véritable accès d'asthme. Le malade est pris subitement d'une or-

thopnée énorme, se lève, ouvre la fenêtre et se promène tout comme dans l'asthme primitif; et si l'attention n'est pas attirée sur ce point on diagnostique un asthme vulgaire d'autant que les signes physiques sont les mêmes, expiration prolongée, immobilisation du thorax inspiration sifflante. Il est probable que les phénomènes sont physiquement les mêmes, contracture des muscles de Reissessen, etc, sous l'influence de la toxémie.

Obs. XIX. — Lécorché et Talamon (1) (résumée). — D..., âgée de 52 ans, entre le 2 janvier 1869. Un enfant et une fausse couche. Scrofule ancienne. Malade depuis 1870. D'abord palpitations et oppression.

En 1872, obligée de se coucher maintenue par plusieurs oreillers.

Parfois la nuit elle est obligée de se lever et d'aller respirer à la fenêtre.

En 1876, paralysie du bras droit qui a duré un mois.

Actuellement aspect d'une asthmatique, respiration gênée, bruyante, sifflante. Expectoration visqueuse, incolore. Râles ronflants, sibilants, généralisés.

8 février. — Crises d'oppression répétées la nuit. La journée est assez calme, Urines très albumineuses.

40 février. — Nouvel accès d'oppression. Pleurésie de la base droite.

28 février. — Epanchement a disparu au bout de quelques jours.

Dans d'autres cas, mais surtout au moment d'un accès aigu, la respiration peut revêtir le type de Cheyne-Stolkes.

Enfin M. Lécorché, signale une forme simulant la dyspnée d'origine (2) laryngée dans laquelle, d'après

(1) Etudes médicales,

(2) *Mal des reins* page 519

lui, il faut aussi incriminer l'intoxication du sang comme irritant nerveux.

De tout ceci on peut conclure que l'intoxication que nous étudions actuellement peut se manifester par une dyspnée à type spécial. C'est une dyspnée à accès, accès souvent nocturnes et à intensité très grande survenant brusquement chez des individus bien portants ou chez des malades souffrant déjà d'une dyspnée continue causée par les lésions que nous avons étudiées.

Donc toutes les fois qu'un malade se présentera avec cette forme de dyspnée, toutes les fois qu'un asthmatique viendra consulter, il sera bon d'examiner ses urines, de rechercher s'il n'existe pas chez lui d'autres manifestations de la toxémie ; on évitera ainsi bien des erreurs de diagnostic au plus grand profit du malade.

FORME GASTRO-INTESTINALE. — L'appareil digestif peut aussi être atteint dans les cas d'insuffisance rénale ; peut-être parce qu'au niveau de la muqueuse il s'élimine une certaine quantité d'urée qui l'irrite et amène les lésions dont nous allons parler.

Le plus souvent les symptômes que l'on rencontre sont des symptômes gastriques, des vomissements répétés à caractères spéciaux.

Quelquefois il existe sur la muqueuse gastrique des ulcérations analogues à celles que nous décrirons plus loin sur l'intestin ; dans d'autres cas la muqueuse est saine.

A quoi sont dus ces vomissements ? Nous n'avons pas d'éléments suffisants pour nous prononcer, mais cependant il nous semble que l'on peut dans certains cas les attribuer au passage des matières extractibles à travers la

muqueuse, passage amenant l'ulcération et l'irritation des filits nerveux. Dans d'autres cas, il est possible que les vomissements reconnaissent comme origine une irritation cérébrale produite par la toxémie. Quoiqu'il en soit ils se font généralement sans effort, par simple régurgitation spontanément ou à l'occasion d'un simple mouvement. Généralement assez abondants, ils renferment souvent de l'urée ou du carbonate d'ammoniaque, peut-être d'autres produits.

Ils se renouvellent d'ordinaire fréquemment dans la journée, quelquefois après l'ingestion des aliments, quelquefois sans rapport avec les repas. Parfois ils sont incoercibles, rien n'est gardé, pas même le lait, pas même une cuillerée d'eau sucrée.

Dans certains cas, ils simulent la périodicité, se montrant tous les deux jours. Dans ces cas peut être sont-ce de véritables décharges de produits toxiques :

Obs. XXX. — Urémie gastrique prise par un ulcère de l'estomac. Néphrite mixte. Obs. personnelle.

La nommée Cl. Joséphine, âgée de 29 ans, exerçant la profession de couturière, entrée le 11 novembre 1885, salle Barth, lit 14, dans le service de M. Dieulafoy.

Elle se plaint de violentes douleurs à la région épigastrique et à la région lombaire.

Dans ses antécédents, on ne trouve aucune maladie à noter. Jusqu'en mai 1884, elle s'est bien portée. A cette époque, étant enceinte de deux mois, elle fut prise de frissons et de lypothymie à la suite d'un effort.

Depuis lors, et durant tout le mois de mai elle eut, à plusieurs reprises, des vomissements alimentaires, mais pas d'hématémèse. Elle ne se rappelle rien autre à noter.

En juin de la même année, elle eut plusieurs pertes de sang suivies d'une fausse couche (enfant macéré) qui ne présenta rien de particulier.

En juillet, vers la fin du mois, elle eut une abondante hématomèse, elle aurait vomi de gros caillots sanguins.

Pendant les trois mois suivants, elle eut des pertes blanches abondantes, et quelques vomissements alimentaires.

En novembre 1884, les vomissements devinrent plus fréquents, et elle eut une deuxième hématomèse. A cette époque elle vit un médecin qui la nourrit pendant 5 jours à la sonde œsophagienne. Puis pendant sept mois, elle fut mise au régime lacté qui finit par triompher des vomissements. — Elle se porte bien jusqu'en mai de cette année, où elle cessa le régime lacté. — Alors reparurent les vomissements d'abord peu fréquents puis de plus en plus multipliés. En même temps, elle ressentit de nouveau des douleurs lombaires, et des céphalées violentes, mais non continues, en outre elle recommença à souffrir de l'estomac. Elle est continuellement constipée.

Le 11 novembre elle entre à l'hôpital se plaignant du mal de tête, de douleurs gastriques et de ses vomissements.

Le creux épigastrique n'est pas douloureux à la pression et on ne trouve aucune tuméfaction. La malade prétend qu'elle ne peut se coucher que sur le dos, les autres positions amenant de suite le vomissement.

Elle n'accuse pas de crampes, pas de fourmillements, rien du côté des yeux ou des oreilles. — Le cœur est sain, et les urines ne présentent aucune trace d'albumine, elles sont claires et de quantité normale, la malade n'a ni polyurie, ni dysurie.

Aux poumons, quelques petits râles muqueux.

En présence de ces symptômes, vomissements, hématomèse, douleurs au creux épigastrique et lombaire, et en l'absence de tout autre signe, si ce n'est la céphalée qu'on pense pouvoir être réflexe, on diagnostique un ulcère de l'estomac et on prescrit le régime lacté exclusif.

Le 13 novembre. — Vers le soir, elle est prise de vomissements abondants, verdâtres, porracés, accompagnés de hoquet. En même temps s'est montrée une forte douleur localisée au creux épigastrique. La malade ne peut supporter aucune pression même légère.

La céphalée n'a pas augmenté. La température n'a pas été prise le soir même.

Le 14, à la visite on retrouve les mêmes symptômes que la veille au soir, le ventre n'est pas ballonné, il n'y a pas de selle depuis la veille au matin. le hoquet est très prononcé, température 36°6.

On pense à une perforation avec péritonite localisée ce qui expliquerait l'absence de ballonnement.

On supprime toute nourriture par l'estomac et on prescrit à la place, des pilules d'opium de 1 centigramme chaque, une piqûre à la morphine et des lavements de bouillon.

Le 15, l'abattement est très prononcé, les vomissements verdâtres continuent de même que le hoquet.

Le 16 et 17, même état, on continue le traitement.

Le 18, il y a un léger mieux, la nuit a été moins mauvaise, le hoquet a diminué, les vomissements sont peu abondants et formés de matière glaireuse, verdâtre. D'ailleurs les vomissements sont pénibles, et fatiguent beaucoup la malade.

Les urines peu abondantes sont claires et ne renferment pas d'albumine.

Les lavements de bouillon sont assez bien gardés, mais la malade va en diarrhée.

Le 19, les vomissements sont encore moins abondants, le hoquet a disparu.

Le 20, vomissements un peu plus abondants, le hoquet a reparu, insomnie complète sans que la malade se plaigne, pour le moment, de la céphalalgie.

Le 21, les vomissements continuent de même que le hoquet. Les urines sont très abondantes, pâles, sans albumine.

Le 22, urines, 2 litres avec un léger dépôt purulent.

Le 23, même état.

Le 24, urines, 1500 grammes rendues en une seule fois.

Les vomissements continuent.

Le 25, urines toujours purulentes. Le hoquet a un peu diminué.

Le 26, pas de vomissements.

Le 27, 1250 grammes d'urines. Les lavements ne sont plus gardés, la malade se plaint d'une grande faiblesse.

On essaie de lui faire prendre de l'eau albumineuse glacée, mais elle la vomit. Elle refuse de prendre du lait.

Le 28, même état.

Le 29, l'affaiblissement augmente, la malade maigrit rapidement. On prescrit deux œufs à la coque qu'elle vomit en grande partie.

30 et 1^{er} décembre. — Même état.

Le 2, augmentation de la douleur épigastrique, vomissements répétés. On prescrit des lavements de peptone.

Le 3, hoquet, vomissements. Apparition d'un léger délire nocturne.

Le 5, douleur à la nuque, vomissements verts.

La malade perd ses urines.

Le 7, toujours vomissements verdâtres. Diarrhée fétide, elle ne garde plus ses lavements. L'amaigrissement augmente de plus en plus.

On essaie de lui faire prendre 10 centigrammes de cocaïne dans une potion par cuillerée à bouche, renfermant chacune 2 centigrammes, 10' avant de l'alimenter avec du consommé et de la viande crue ; mais elle vomit malgré tout.

Le 8, toujours le même état.

Le 9, même état.

Le 10, on pèse la malade, 81 livres.

Le 12, douleurs en ceinture. Elle prend quelques huîtres et du champagne.

Le 14, on essaie de la nourrir avec la sonde œsophagienne et on lui introduit :

Morphine, 0,01 centigramme.

Cocaïne, 0,03 —

Un œuf.

150 grammes de lait.

A peine la sonde retirée, elle vomit le tout.

Le 16, même état : on supprime la cocaïne qui n'a produit aucun effet.

Le 18 on continue à lui donner 50 grammes de viande crue,

du bouillon et du champagne. Les vomissements continuent ainsi que les douleurs en ceinture et le hoquet.

Le 20, elle ne pèse plus que 79 livres et est dans un état d'amaigrissement très marqué.

Les 21, 22, 23, même état.

Le 24, méloena, quelques grains marc de café dans les vomissements.

Dans la nuit, légères convulsions suivies d'un état sub-comateux, ayant duré une heure. On examine de nouveau les urines retirées avec une sonde, elles ne renferment pas d'albumine.

Le 25, vomissements marc de café, température 37°.

Le 26, attaque comateuse le matin, la température est à 38°8. La malade meurt.

Il est à remarquer que durant toute cette période du 14 novembre au 25 décembre, la température a oscillé entre 35°4 et 36°, le 25 seulement, elle a atteint 37°, puis le 26, 38°8.

Au moment de la mort la malade est absolument squelettique, n'a plus que la peau et les os.

Autopsie. — Poumon droit. Tout le lobe moyen est le siège d'une pneumonie tournant à l'hépatisation grise.

Le cœur est petit, et ne paraît pas sclérosé.

L'estomac examiné avec le plus grand soin est *absolument sain*, pas la plus petite exulcération, au niveau du cardia seulement une légère suffusion sanguine. Le pylore est épaissi, mais sans néoplasme (hypertrophie musculaire).

Le duodenum est également *absolument sain*. Il en est de même de tout l'intestin sur lequel il n'y a pas trace d'ulcération.

Le foie est sain.

Les deux reins sont gros, blanchâtres. La capsule se détache facilement bien qu'un peu plus adhérente que normalement.

A la coupe, le parenchyme est résistant sous le couteau, la substance du labyrinthe est épaissie, blanchâtre.

En somme, à l'œil nu, rein de néphrite mixte.

Le cerveau est le siège d'un œdème assez marqué, surtout sur la pie-mère qui est très enfiltrée de sérosité.

Au microscope. — Après action de l'acide osmique on retrouve du côté des glomérules et des tubes du rein toutes les lésions du rein parenchymateux, cellules avec boules colloïdes, boules colloïdes dans la cavité des tubes où on trouve des cylindres de cette nature, cellules hypertrophiées par place jusqu'à oblitérer la lumière du vaisseau. A quelques endroits, particulièrement au pourtour des tubes droits, on trouve une sclérose assez avancée, constituée par du tissu adulte entremêlé d'îlots, de cellules jaunes, dans la substance labyrinthique de place en place on constate des travées fibreuses suivant le trajet des artères.

FORME INTESTINALE. — Anatomiquement on trouve des ulcérations ; quelquefois cependant elles n'existent pas.

Quand elles existent on les trouve sur le gros intestin, rarement sur l'intestin grêle à sa partie inférieure.

Elles sont précédées par la formation d'escharres ; au début de leur formation il existe quelquefois du sang dans les selles avec quelques débris de la muqueuse.

Les ulcérations sont consécutives à la mortification par places de la muqueuse, et à l'élimination de l'escharre. C'est une sorte de dysenterie gangréneuse dans laquelle la muqueuse n'est ni épaissie, ni congestionnée.

Ces observations ont leur point de départ dans les follicules clos et les tissus voisins.

Elles acquièrent plusieurs centimètres de diamètre, ont leur grand axe longitudinal et sont en nombre variable ; elles peuvent se cicatriser laissant une surface ardoisée et lisse (Cornil et Ranvier).

Cliniquement, on constate de la diarrhée séreuse abondante et à évacuations répétées.

TERMINAISONS. — Elles sont variables selon les cas.

Souvent il se produit du côté du rein une poussée aiguë qui donne lieu à une recrudescence de l'intoxication, à une véritable crise d'urémie aiguë qui se manifeste comme cette dernière par du coma, par une attaque éclamptique ou tétanique déterminant rapidement la mort.

Nous n'avons pas à insister ici sur ces diverses formes, elles sont identiques à celles de l'urémie aiguë.

D'autres fois, les symptômes existant prennent une plus grande intensité, les lésions pulmonaires s'accroissent et amènent la mort par asphyxie ; dans d'autres cas ce sont les œdèmes qui augmentent, deviennent anasarque, envahissent les séreuses abdominales et pleurales, et amènent aussi la mort par asphyxie.

Les vomissements incoercibles peuvent aussi être cause d'inanition. Nous avons vu que leur disparition subite est généralement l'indice d'une complication cérébrale prochaine.

Enfin signalons l'hypertrophie cardiaque avec ou sans dégénérescence du muscle, qui se montre si fréquemment à la suite d'une néphrite chronique et qui contribue pour sa part à la gêne respiratoire.

Du côté de l'encéphale enfin, on sait combien sont fréquentes les hémorrhagies cérébrales dans le cours des néphrites chroniques.

Tout récemment M. Raymond, dans la *Revue de Médecine*, et M. Bernard, dans sa thèse inaugurale, ont montré que l'œdème cérébral pouvait, dans les cas qui nous occupent, donner lieu à des paralysies localisées et réveiller les symptômes de lésions cérébrales

anciennes. Nous donnons plus loin l'observation d'une femme de notre service où on peut constater ces faits.

OBS. XXXI. Thomas W. Grinshan (1). (Abrégé). Délire et catalepsie. — Il s'agit d'un homme de 25 ans, vagabond, trouvé étendu sur le chemin.

Admis à l'hôpital il lui prit, peu après son entrée, une crise épileptiforme suivie d'excitation cérébrale. Il attaque avec furie un de ses camarades. On fut obligé de l'attacher.

Refus de nourriture. Le malade redevint tranquille, le jour il était dans le coma, la nuit il se levait et volait les aliments qu'il trouvait.

A ce moment, apparition de symptômes de catalepsie, toux légère, sensibilité presque abolie, de temps en temps il se réveille, marmotte quelques paroles entremêlées de jurons. Son délire est tantôt obscène, tantôt religieux.

Quelques jours avant la mort, la catalepsie diminue, le malade parle presque raisonnablement. Puis il s'affaiblit progressivement et meurt.

On trouve à l'autopsie de l'œdème cérébral, les reins étaient en complète dégénérescence amyloïde, les urines albumineuses.

OBS. XXXII. Ramollissement cérébral. Œdème cérébral. (Personnelle). — Polain Marie, âgée de 47 ans, entre le 14 mai dans le service de M. Dieulafoy, à l'hôpital Saint-Antoine.

Père mort paralysé.

Il y a 6 ans, la malade a eu une attaque d'apoplexie à la suite de laquelle elle a perdu l'intelligence.

A son entrée, prostration, hébétude, perte de la mémoire « elle ne sait plus si elle est mariée, ni où elle demeure. »

Elle présente une anesthésie complète du côté droit. Douleurs dans les jambes.

Cœur, bruit de galop. Urines fortement albumineuses.

16 Mai. — L'albumine a diminué. Urine 1 litre.

18 Mai. — Même état.

(1) The Dublin, *Journal of Medicine*, avril 1875.

20 Mai. — Malade agitée toute la nuit, elle ne parle plus depuis hier matin. Hémiplegie droite presque complète. Il n'y a plus d'albumine.

21 Mai. — Paralysie du côté droit s'accroît, la malade a la bouche déviée elle ne parle pas.

L'état reste le même jusqu'à la mort.

Autopsie. Reins hypertrophiés, blanchâtres.

Cœur. Grös, ventricule gauche hypertrophié.

Cerveau. Deux foyers de ramollissement ancien sur l'hémisphère gauche, œdème cérébral assez marqué, sérosité ventriculaire.

DE LA TEMPÉRATURE. — Ordinairement, tant que dure l'intoxication, la température est basse, plus basse même que normalement. Rosentein pense que dans les accès aigus (éclampsie, urémie), la température est augmentée; d'autres auteurs, et c'est là l'opinion généralement admise, pensent au contraire qu'elle est abaissée. Bourneville a établi que la température baissait progressivement à mesure que l'intoxication s'accroît. Pour M. Hutinel (1), l'affection rénale qui abaisse le plus la température est le rein chirurgical. Moussous (*France médicale* du 14 avril 1885) a donné une observation d'urémie avec température élevée.

(1) Des températures basses.

CONCLUSIONS

L'insuffisance de dépuración rénale, en amenant la rétention dans le sang de produits de désassimilation, donne lieu, quand elle se produit lentement, à une intoxication chronique qui se manifeste de diverses façons.

1° Par des phénomènes bénins, souvent précurseurs d'accidents plus graves, et qui sont :

Du côté de la vue : de la diminution de l'acuité visuelle, de la diplopie, de l'hémiopie et de l'amaurose.

Du côté de l'ouïe : de l'affaiblissement, des bourdonnements, de la surdité.

Du côté de la sensibilité : des fourmillements, des démangeaisons, des crampes, etc.

2° Par des phénomènes plus graves.

a. Céphalalgie persistante à exacerbations souvent nocturnes, accompagnée ou non de névralgie faciale.

b. Délire ou folie, avec les diverses formes que nous avons décrites.

c. Phénomènes gastro-intestinaux souvent graves par la gêne qu'ils apportent à l'alimentation.

e. Phénomènes pulmonaires, parmi lesquels il faut ranger non-seulement les bronchites dites albuminuriques, mais aussi et surtout l'asthme urémique.

Les terminaisons sont variables.

La guérison, du moins apparente, peut survenir ;

mais il est impossible de dire si, après un repos plus ou moins long, de nouveaux phénomènes n'apparaîtront pas.

Ou bien une nouvelle poussée peut survenir dans l'affection rénale et amener une crise aiguë dans l'intoxication conduisant à une manifestation aiguë de l'empoisonnement, éclampsie, coma, tétanie, catalepsie, paralysies localisées ou non.

Dans d'autres cas, c'est une hémorrhagie cérébrale qui terminera la scène en amenant la mort du sujet.

Enfin l'augmentation des phénomènes pulmonaires, la dénutrition, sous l'influence des manifestations gastro-intestinales, peuvent aussi causer la mort du malade par asphyxie ou inanition.

BIBLIOGRAPHIE

- Abadie. — *Maladie des yeux*.
Bouvat. — *Essai sur l'urémie délirante*. Th. de Lyon, 1883.
Bartels. — *Traité des maladies des reins*.
Ball. — *Leçons sur les maladies mentales*.
Bernard. — *Des paralysies dans l'urémie*. Th. de Paris 85.
Cornil et Ranvier. — *Histologie pathologique*.
Dieulafoy. — *De la folie bryghtique*. Gaz. heb., 19 juillet 85. —
Transfusion dans le mal de Bright. Société des hôpi-
taux, 1884. — *Sensation du doigt mort dans le mal de*
Bright. Union méd., 82. — *Troubles auditifs dans le*
mal de Bright. France méd. 77.
Dommergues. — *Troubles auditifs dans le mal de Bright*. Th.
de Paris, 1881.
Deschand. — *Mort rapide par œdème ecérébral chez des vieillards*
atteints de néphrite interstitielle. Th. de Paris, 1884.
Feltz et Ritter.
Fournier. — *De l'urémie*. Th. agrégation.
Guesdon. — *De la pollakyurie*. Th. de Paris, 82.
Hutinel. — *Des températures basses*. Th. agrég. 79.
Legrand du Saule. — *Gazet. de hôp.*, 1884.
Lasègue. — *Des bronchites albuminuriques*. Arch. de méd., 79.
Lécorché. — *Traité des maladies des reins*.
Lécorché et Talamon. — *Etudes médicales*.
Lépine. — *Additions au traité de Bartels*.
Labbadie-Lagrave. — *Art. urémie*. Dict. Jaccoud.
Merklen. — *De l'anurie*. Th. de Paris. 80.
Mathieu. — *Des démangeaisons comme sympt. du mal de*
Bright. Th. 82.
Potain. — *Du rythme cardiaque appelé bruit galop*. Bul. soc.
méd. des hôp., 76.
Pongès. — *De l'urémie à forme lente*. Th. Paris, 77.
Rosenstein. — *Traité des mal. du rein*.

- Rendu. — *Des néphrites chroniques*. Th. agrég., 78.
Raymond. — *De quelques délires d'origine urémique simulant la folie*. Arch. méd., 1882. — *Des paralysies dans l'urémie*. Revue de médecine, 85.
Semmola. — Arch. phys., 84.
Soyer. — *Sensation du doigt mort dans le mal de Bright*. Th., 85.
Tissot. — *Troubles auditifs du mal de Bright*. Th., 78.
Tenneson. — *Paralysie chez les urémiques*.
-

Vu : Le Président de la Thèse,

BOUCHARD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.